



# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Seguro Social del Perú, EsSalud : trastorno depresivo recurrente con episodio actual leve**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Psicología de la Clínica y de la Salud

## **AUTOR**

**Azucena Concepción Guido Llerena**

LIMA – PERÚ  
2014

*“La diferencia entre metas y deseos es tu  
nivel de compromiso para  
alcanzarlos”*

*A mis hijos Miguel y Ana Teresa  
Por su amor y respeto.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Quiero mostrar mi agradecimiento a mi profesora  
y guía en la realización de este trabajo, haciendo  
una mención especial a la Dra. Rosa Elena Huerta R.*

## INFORMACIÓN GENERAL

❖ Nombres y Apellidos:

*Mg. Azucena Concepción. Guido Llerena*

❖ Lugar donde labora:

*Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*

❖ Años de experiencia en el hospital:

*28 años*

❖ Horario de trabajo (general):

*De 8a.m. - 2p.m.*

❖ Área donde desempeña funciones:

*Departamento de Salud Mental  
Hospitalización I y  
Consulta Externa.*

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Información General .....</b>                                | <b>4</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>                                       | <b>6</b>  |
| <b>Diagnostico Situacional.....</b>                             | <b>7</b>  |
| Reseña histórica del hospital.....                              | 8         |
| Historia del Servicio de Psicología .....                       | 10        |
| <b>Gestión del servicio de Psicología .....</b>                 | <b>12</b> |
| Infraestructura del Servicio de Psicología .....                | 13        |
| Organización Funcional.....                                     | 14        |
| <b>Descripción del Área de Trabajo.....</b>                     | <b>24</b> |
| Servicio de Psiquiatría Especializada – Pacientes Mujeres ..... | 27        |
| Objetivos de la Actividad Psicológica .....                     | 27        |
| Actividades de Hospitalización .....                            | 28        |
| Instrumentos de Evaluación .....                                | 32        |
| Área Ambulatoria.....   | 37        |
| Descripción de Actividades de Consulta Externa .....            | 37        |
| Actividades Psicoterapéuticas.....                              | 42        |
| <b>Caso Clínico.....</b>  | <b>45</b> |
| Anamnesis.....  | 46        |
| Informe Psicológico .....                                       | 53        |
| Plan de Tratamiento .....                                       | 58        |
| <b>Referencias Bibliográficas .....</b>                         | <b>66</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>67</b> |

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo se refiere a la información sobre las experiencias profesionales desarrolladas en el hospital Edgardo Rebagliati Martins, el cual es uno de los hospitales más importantes de Latinoamérica con una trayectoria de más de cincuenta años, prestando atención a la población asegurada, en las diversas especialidades de alta complejidad, destacándose la modalidad de trabajo de intervención en equipo multidisciplinario.

El psicólogo forma parte de este equipo, aplicando diferentes técnicas psicoterapéuticas de acuerdo a la especialidad y complejidad que presente el paciente (no olvidando que la persona es mente y cuerpo) así como los procedimientos propios en el abordaje del paciente interviniendo en el diagnóstico y tratamiento científico, eficaz y eficiente para su recuperación.

El presente describe las actividades que se realizan en el departamento de Salud Mental, tanto en las áreas de Consulta Externa, Hospital de Día, Hospitalización Total y Emergencia psiquiátrica.

Se presenta además, la aplicación de un caso clínico, que comprende: la Anamnesis, Informe Psicológico y se concluye con la Intervención Psicoterapéutica, bajo el modelo Cognitivo Conductual.

## **I. DIAGNOSTICO SITUACIONAL**

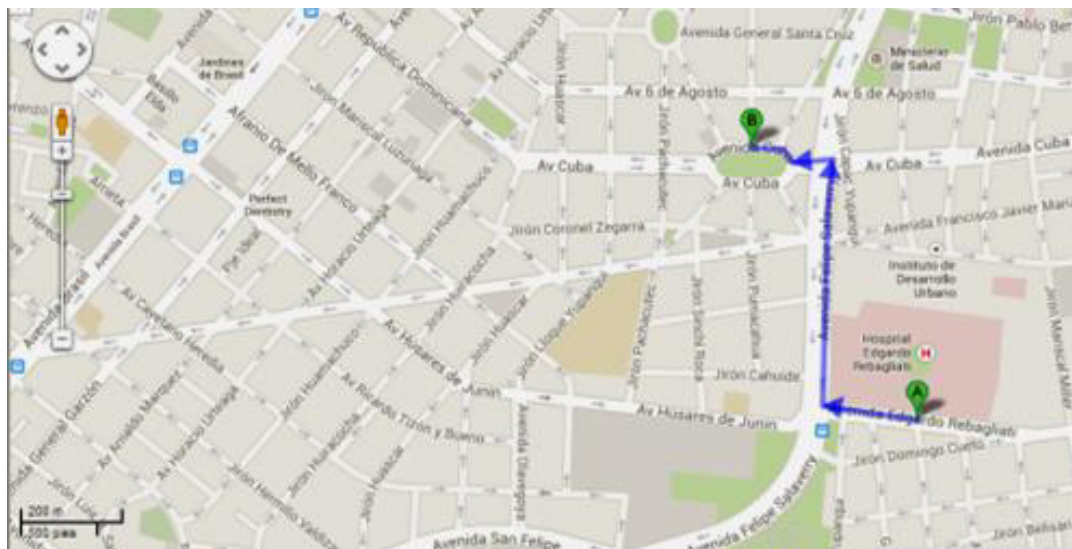
### **1.1 Nombre del Centro:**

**Es Salud HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

### **1.2 Ubicación y dirección:**

El hospital se encuentra ubicado en el distrito de Jesús María, colinda con las avenidas principales como la Av. Salaverry, Arenales, Rebagliati y Coronel Zegarra.

La dirección es Av. Rebagliati 490 distrito de Jesús María



### **1.3. Características de la Infraestructura:**

En el distrito de Jesús María por el año 1951 se empezó la construcción de este importante centro e imponente edificio en un terreno que originalmente fue asignado a la Universidad Nacional de San Marcos.

Los encargados de tal proyecto fueron los arquitectos estadounidenses de la División de Salud Pública de los Estados Unidos Edgard D. Stone y A.L. Aydelott.

La infraestructura de este centro asistencial es un edificio de catorce pisos, en donde se atiende diversas especialidades.

Un centro especializado para la atención de niños.

Centro de Hemodiálisis  
Un Instituto del corazón (INCOR)  
Emergencia general  
Departamento de Salud mental.

#### **1.4. Historia del Hospital**

##### **Breve reseña histórica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima - Perú**

A principios de 1935, el doctor Edgardo Rebagliati, especialista en derecho laboral, fue encargado por el general Benavides para que hiciera un estudio integral de los diversos sistemas de Seguro Social que existían en el mundo, con incidencia en aspectos asistenciales y de financiamiento, para optar fórmulas que descartaran los factores que habían hecho fracasar la valiosa conquista social en otros países.

Terminado el trabajo preparatorio, el 12 de agosto de 1936, se promulgó la ley N° 8433 que establecía el Seguro Social Obrero para cubrir riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Se procedió, luego, a la instalación de las oficinas de la Caja Nacional del Seguro Social con sus organismos administrativos y servicios técnicos, estadística, inspección, control y contabilidad, así como los de dirección médica general y de los departamentos médicos de maternidad y lactancia, tuberculosis, paludismo, estadística de la natalidad, morbilidad y mortalidad obrera, central de farmacia y laboratorio.

El Seguro Social Obrero se convertía, así, en una realidad de alto contenido de justicia social. Luego, en los años 50, el doctor Rebagliati, al mando de un grupo de destacados especialistas en derecho laboral, implementaría el Seguro Social del Empleado.

En el año 1939 en el gobierno del presidente José Pardo y Barreda, se crea el



Seguro Social de Obrero. En ese entonces había una diferenciación rígida entre obreros y empleados, cada uno con su propio aparato legal e incluso con su propio hospital (es uno de los rasgos más peculiares del sistema sanitario peruano).

Se consolidó la separación de estos dos estamentos en el año 1948 con la aprobación por el recién instaurado gobierno del General Odría de la ley del seguro del Empleado la que permaneció dormida por muchos años, hasta finales de la década del 50.

Su activación mediante de la construcción del denominado Hospital del Empleado provocó a mediados de 1958 uno de los más importantes conflictos de la sanidad peruana.

Bajo el nombre de Hospital Central del Empleado del Seguro Social del Perú, abrió sus puertas al público el 2 de abril de 1962 cuyo primer director fue el Dr. Francisco Guerrero Burga, pero no había pacientes hasta el 25 de abril del mismo año.

Debido a la aparición en la prensa nacional de una carta relativa al conflicto generado entre el Ministerio de Salud y la Federación Médica Peruana respecto al modelo de gestión que debía implementarse en el recién terminado Hospital del Empleado. El Ministerio de Salud planteaba que debía tratarse de un hospital similar a los demás, con personal propio de planta, en tanto la Federación Médica Peruana planteaba un modelo de atención abierta, que combinara la atención médica personalizada, a través de médicos elegidos por el paciente con la capacidad logística del nuevo hospital.

La construcción del nosocomio se inicia en el año 1951 y posteriormente el 3 de noviembre de 1958 durante el gobierno del entonces presidente Manuel Prado, con un personal de 167 médicos y enfermeras es que se funda el Hospital del Empleado. Su primer director fue el Dr. Guillermo Kaelin cuyo nombre lleva ahora el auditorio del mismo hospital y el Hospital III Villa María. Posteriormente, en el año 1975, el Hospital del Empleado cambió de nombre y pasó a llamarse Edgardo Rebagliati Martins en reconocimiento a un periodista y abogado que logró crear el Seguro Social de Salud del Empleado.

En la actualidad, la Red Asistencial Rebagliati cuenta con 14 policlínicos de salud en distintos lugares de Lima Metropolitana.

## **1.5. Historia del Servicio de Psicología**

### **Hospital Edgardo Rebagliati Martins**

En el año 1962 se crea la Unidad de Psicología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (ex Hospital Central N° 2, ex Hospital del Empleado) dependiente estructuralmente del Servicio de Psiquiatría, siendo el Primer Jefe de la Unidad de Psicología el Dr. Luis Amílcar Estrada de los Ríos, docente universitario, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien ostentaba el grado Académico de Doctor en Psicología. Fue acogido por el Cuerpo Médico del Hospital hasta su jubilación en el año 1992.

En el año 1963, ingresa a laborar en la Unidad de Psicología la Dra. Ernestina Chávez, quien también era docente de la Universidad de San Marcos.

En el quinquenio 1971-1975 ingresan destacados psicólogos: Eduardo Valdizán, Julio Santos, Elsa Rodríguez, Luz Flores y Zaida Valcárcel, las bachilleres Fina de Olarte y Teresa Pozo, incrementándose el personal de la Unidad de Psicología así como su productividad que comenzaba a ampliarse a otras áreas del Hospital como: a Medicina Física y Rehabilitación, así como interviniendo en áreas de conflicto a nivel de personal.

Por el año 1980, la labor del psicólogo se hace importante y necesaria por lo tanto los requerimientos de la atención psicológica se incrementan, y surge la contratación de nuevos psicólogos, es así que entre los años 1981 y 1986 ingresan a laborar a la Unidad de Psicología un grupo importante de Psicólogos.

El Dr. Luis Estrada con una visión de futuro a la creación de la Psicología Clínica y de la Salud, organiza el desplazamiento de los Psicólogos a diferentes Servicios del Hospital como: Neurología, Pediatría, Hemodiálisis, Medicina Preventiva, Obstetricia, Gastroenterología, Rehabilitación. En 1986 surge la necesidad de crear el Departamento de Psicología, con lo cual se termina la dependencia estructural del Servicio de Psiquiatría, que era una

añeja práctica hospitalaria.

En la Nueva Macro estructura del Hospital Rebagliati del año 1986, el Departamento de Psicología pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico Tratamiento, con 4 Servicios: 1).- Servicio de Psicología de Salud Mental a cargo del Ps. Dr. Eduardo Valdizán. 2).- Servicio de Psicología de Neuropsicología a cargo del Ps. Dr. Julio Santos. 3).- Servicio de Psicología de Rehabilitación a cargo de la Ps. Dra. Elsa Rodríguez. 4).- Servicio de Psicología de Madre-Niño a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz. Es en ésta Gerencia donde los Psicólogos logran un mayor desarrollo tanto con el trabajo asistencial como en la investigación, que fueron expuestas en congresos Nacionales e internacionales.

A comienzos del año 1992, después de más de 30 años al servicio del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el Dr. Luis Amílcar Estrada de los Ríos, reconocido ícono de la Psicología en el Perú, solicita su pase al retiro, asumiendo la Jefatura del Departamento de Psicología la Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta.

Posteriormente la Dirección de Salud Mental del Hospital Rebagliati realiza gestiones ante las autoridades a fin que Psicología nuevamente pase a depender de Salud Mental. Requerimiento que fue aceptado por las autoridades y el Departamento de Psicología es reestructurada, quedando 2 Servicios: 1).- El Servicio de Psicología Hospitalaria a Cargo de la Ps. María de Carmen Torres y 2).- El Servicio de Psicología de Enlace a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz.

Posteriormente, al convertirse la Dirección de Salud Mental en el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Psicología pasa a convertirse en el Servicio de Psicología, a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta (1995).

Luego de múltiples gestiones y con los antecedentes previos, el Servicio de Psicología, para satisfacción de los Psicólogos nuevamente pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.

En 1998, asume la Jefatura del Servicio de Psicología la Ps. Dra. Berenice de la Torre Sobrevilla.

Hasta el año 2011, cuya gestión se caracterizó por sistematizar el trabajo de los Psicólogos acorde a las nuevas exigencias laborales, con guías y protocolos de trabajo, propiciando un buen clima laboral.

Cabe señalar que los psicólogos pasamos momentos muy difíciles en la dependencia con Psiquiatría cuya característica principal era un clima laboral negativo para nuestras justas aspiraciones como profesionales liberales, ya con la Ley del Psicólogo se promulga el reconocimiento de la ACTIVIDAD FINAL en el ejercicio profesional.

Cabe resaltar que la plana de Psicólogos por su motivación de Servicio a los Asegurados, no han escatimado esfuerzos para para capacitarse en Maestrías, Doctorado y Segunda Especialidad.

Hoy en día el Servicio de Psicología cuenta con un Staff de 36 psicólogos, distribuidos en los diferentes servicios del hospital Rebagliati.

## **II. GESTION DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA.**

**2.1 MISIÓN:** “Somos un servicio que brinda atención psicológica con calidad y eficiencia ofreciendo adecuados servicios asistenciales preventivo promocionales, y recuperativos que persigue el bienestar emocional de los asegurados para satisfacer sus necesidades y mejorar la calidad de vida”

**2.2 VISIÓN:** “Ser una servicio que líder en el ámbito de la psicología de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”

### **2.3 Funciones:**

ψ Elaborar propuestas de programación asistencial del servicio, en

función al cumplimiento de metas aprobadas, la variación de la demanda, disponibilidad de oferta, rendimientos, estándares; acorde a las normas vigentes.

- ψ Ejecutar y controlar el cumplimiento de la programación aprobada, y realizar acciones correctivas.
- ψ Evaluar los resultados alcanzados por el servicio mediante indicadores y ejecutar las medidas correctivas.
- ψ Organizar, ejecutar y controlar la atención psicológica oportuna a pacientes que requieren evaluación, diagnóstico, tratamiento recuperación, y rehabilitación de la conducta, funciones psicológicas o estado emocional, en el marco de los protocolos y normas técnicas., y de seguridad vigente.
- ψ Atender con oportunidad y prontitud las interconsultas de otros servicios y coordinar las atenciones complementarias que requieren los pacientes.
- ψ Elaborar, actualizar y aplicar los protocolos, manuales de procedimientos y otros documentos de gestión.
- ψ Realizar un correcto registro de las solicitudes, atenciones psicológicas, y resultados en los formularios establecidos y en los sistemas informáticos institucionales. Ejecutar acciones correctivas.

## **2.4 INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA**

El servicio de Psicología del HNERM, se encuentra establecido en el primer piso del Edificio principal que tiene una edificación de material noble, distribuida en dos espacios, un ambiente destinado a la Jefatura del área, y otro para la sala para la ejecución de talleres y terapia de grupo o terapias familiares. Adicionalmente, se cuentan un consultorio en el primer piso, en el lado C destinados a la atención ambulatoria para la consulta externa.

## **2.5 Horario de trabajo**

De Lunes de 2 p.m. a 8 p.m.

Martes a sábado de 8 a.m. a 2 p.m.

## **2.6 Recursos Humanos**

### **Psicología en áreas Médicas:**

- ψ Pediatría, Medicina Física y Rehabilitación
- ψ Oncología Médica y Hematología
- ψ Medicina Interna y Traumatología
- ψ Nefrología y Hemodiálisis
- ψ Programa de Enfermedades Sistémicas
- ψ Programa de ETS, VIH Sida, Enfermedades crónicas y terminales
- ψ Ginecología Obstétrica
- ψ Neurocirugía y Neuropsicología Pediátrica y Adultos
- ψ Cardiología y UCI- UCIN
- ψ Emergencia y Gastroenterología

### **Salud Mental:**

- ψ Consulta Externa
- ψ Farmacodependencia
- ψ Hospital de Día: Programas Especiales, Psicogeriatría
- ψ Hospitalización Total I y II
- ψ Emergencia psiquiátrica.
- ψ Infanto Juvenil.

## **2.7 ORGANIZACIÓN FUNCIONAL**

Es un órgano que estructural y funcionalmente forma parte del Departamento de Apoyo Médico y cumple funciones de atención psicológica altamente calificada y especializada en aspectos de evaluación diagnóstico y tratamiento tanto a nivel clínico como laboral, contribuyendo de este modo en proporcionar servicios de salud integrales y así cumplir con los objetivos institucionales.

Estructura Orgánica (Ver Anexo A)

**Línea de autoridad:** Jefe de Servicio - coordinadores - Psicólogos – Secretaria- internos.

La población que atiende el Servicio de Psicología está constituida por la población asegurada de la red asistencial Rebagliati, proveniente del nivel II y I de atención: Hospital II Angamos, Hospital II Cañete, Hospital I Uldarico Roca, Hospital Carlos Alcántara, Policlínico Pable Bermúdez, Policlínico Chequeos Larco, Policlínico Chíncha, Policlínico Próceres, Policlínico Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María, Centro Médico Mala.

Diagrama Estructura RAR (Ver Anexo B)

## **2.8 Estructura funcional**

Diagrama Estructura funcional (Ver Anexo C)

## **2.9 Objetivos del Servicio**

### **OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar los conceptos teóricos-prácticos necesarios para utilizar adecuadamente los procedimientos de intervención psicológica en el área clínica: evaluación, diagnóstico y tratamiento que contribuyan a alcanzar un nivel óptimo y competitivo en la formación profesional de los internos del centro.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Prevenir los riesgos y daños psicológicos, promoviendo su salud, la recuperación y rehabilitación para su retorno a la vida autónoma e independiente.

- ψ Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención psicológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.
- ψ Elaborar y proponer la meta anual, la planificación de las actividades correspondientes.

- ψ Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes y la dirigir la supervisión y evaluación del internado de psicología.
- ψ Realizar actividades de prevención, promoción de salud psicosocial intra y extra hospitalarios en coordinación con los servicios del hospital y los centros asistenciales de menor nivel de atención.
- ψ Incrementar conocimientos sobre actuales investigaciones de enfoques psicoterapéuticos, exposiciones de casos psicológicos, novedosas técnicas de evaluación e intervención, mediante la asistencia del Internista en las denominadas Jornadas de Capacitación Interna y Capacitación Externa, eventos realizados dentro la institución o actividades académicas fuera de ésta, a beneficio de orden académico y actualización profesional.

En los siguientes cuadros observamos la atención anual en Consulta Externa y de Hospitalización del año 2,012 y 2,013 del Servicio de Psicología, así como el consolidado de Procedimientos.



## Estadística General

Tabla 1  
Consulta Externa 2012

| DIAGNOSTICOS |  | Código | ENE        | FEB        | MAR        | ABR        | MAY        | JUN        | JUL        | AGO        | SET        | OCT         | NOV         | DIC        | TOTALES      |
|--------------|--|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| 1            | Trastorno De Adaptación  | F-43.2 | 224        | 420        | 320        | 340        | 386        | 360        | 389        | 282        | 299        | 513         | 326         | 178        | 4037         |
| 2            | Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión                                | F-41.2 | 137        | 220        | 192        | 137        | 113        | 130        | 88         | 127        | 51         | 124         | 151         | 70         | 1540         |
| 3            | Trastorno del Habla y del Leng.  | F-80.0 | 17         | 10         | 34         | 18         | 106        | 19         | 19         | 21         | 6          | 26          | 30          | 18         | 324          |
| 4            | Episodio Depresivo   | F-32   | 50         | 92         | 98         | 44         | 27         | 68         | 98         | 59         | 306        | 88          | 322         | 217        | 1469         |
| 5            | Trastorno Cognitivo Leve   | F-06.7 | 24         | 25         |            |            | 71         | 32         | 38         | 14         | 9          | 42          | 27          | 41         | 323          |
| 6            | Trastorno de Conducta  | F-91   | 25         | 14         | 24         | 40         | 35         | 34         | 34         | 55         | 38         | 48          | 16          | 24         | 387          |
| 7            | Trastorno Esquizofrénico   | F-20   | 53         | 40         | 66         | 67         | 8          | 21         | 30         | 8          | 0          | 16          | 4           | 8          | 321          |
| 8            | Trastorno de Hiperactividad  | F-90   | 9          | 22         | 43         | 38         | 27         | 16         | 20         | 24         | 0          | 18          | 45          | 20         | 282          |
| 9            | Demencia   | F-00   | 43         | 10         | 38         | 51         | 61         | 30         | 25         | 42         | 7          | 9           | 35          | 9          | 360          |
| 10           | Retardo del desarrollo   | R-62   | 11         | 25         | 16         | 14         | 34         | 12         | 12         |            |            |             | 3           | 12         | 139          |
| 11           | Retardo Mental   | F-70   |            |            |            |            | 22         | 16         | 18         | 20         | 9          | 12          | 8           | 7          | 112          |
| 12           | Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida          | Z-73   | 9          | 21         | 21         | 0          | 25         | 49         |            |            |            |             | 1           |            | 126          |
| 13           | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol | F-10   |            |            |            |            |            |            |            | 6          |            |             | 7           | 27         | 40           |
| 14           | OTROS  |        | 107        | 56         | 13         | 71         | 78         | 116        | 84         | 30         | 117        | 122         | 133         | 80         | 1007         |
| <b>TOTAL</b> |  |        | <b>709</b> | <b>955</b> | <b>865</b> | <b>820</b> | <b>993</b> | <b>903</b> | <b>855</b> | <b>688</b> | <b>842</b> | <b>1018</b> | <b>1108</b> | <b>711</b> | <b>10467</b> |

## Estadística General

Tabla 2

*Hospitalización 2012*

| DIAGNOSTICOS |   | Código | ENE  | FEB  | MAR  | ABR  | MAY  | JUN  | JUL  | AGO  | SET  | OCT  | NOV  | DIC  | TOTALES |
|--------------|---|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---------|
| 1            | Trastorno De Adaptación                 | F-43   | 420  | 449  | 460  | 541  | 596  | 766  | 837  | 850  | 1201 | 653  | 522  | 684  | 7979    |
| 2            | Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión | F-41.2 | 91   | 212  | 220  | 220  | 229  | 104  | 103  | 369  | 102  | 102  | 92   | 65   | 1909    |
| 3            | Episodio Depresivo                      | F-32   | 220  | 78   | 134  | 210  | 140  | 56   | 190  | 89   | 105  | 363  | 193  | 314  | 2092    |
| 4            | Trastorno Cognitivo Leve                | F-06.7 | 31   | 72   | 29   | 47   | 60   | 31   | 67   | 83   | 33   | 75   | 64   | 62   | 654     |
| 5            | Trastorno de Conducta                   | F-91   | 18   | 29   | 26   | 24   | 30   | 22   | 9    | 6    | 16   | 14   | 17   | 5    | 216     |
| 6            | Trastorno Esquizofrénico                | F-20   | 35   | 32   | 44   | 56   | 26   | 16   | 32   |      | 45   | 29   | 53   | 52   | 420     |
| 7            | Trastorno de Hiperactividad             | F-90   |      |      |      |      |      |      | 10   | 6    | 3    |      | 12   | 2    | 33      |
| 8            | Trastorno del Habla y del Leng          | F-80.0 | 15   | 19   | 12   | 13   | 33   | 10   | 10   | 4    | 3    | 22   | 6    | 0    | 147     |
| 9            | Demencia                                | F-00   | 27   | 17   | 22   | 12   | 62   | 34   | 59   | 51   | 15   | 38   | 42   | 42   | 421     |
| 10           | Retardo Mental                          | F-70   |      |      | 5    | 6    |      |      |      | 7    | 6    | 22   | 4    | 6    | 56      |
| 11           | Retardo del desarrollo                  | R-62   | 5    | 12   | 19   | 30   | 63   | 33   |      |      |      |      |      | 11   | 173     |
| 12           | Trastorno Depresivo Recurrente          | F-33   | 98   | 98   |      |      | 220  | 144  | 46   | 20   | 20   | 24   |      |      | 670     |
| 13           | OTROS                                   |        | 59   | 65   | 60   | 68   | 0    | 109  | 72   | 107  | 217  | 122  | 211  | 110  | 1200    |
| <b>TOTAL</b> |   |        | 1019 | 1083 | 1031 | 1227 | 1459 | 1325 | 1435 | 1592 | 1766 | 1464 | 1216 | 1353 | 15970   |

## Estadística General

Tabla 3  
Consulta Externa 2013

|    | DIAGNOSTICOS   | CODIGO | ENE  | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SET | OCT | NOV | DIC | TOTALES |
|----|--|--------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|
| 1  | Trastorno De Adaptación  | F-43.2 | 629  | 297 | 262 | 206 | 239 | 220 | 254 | 209 | 189 | 254 | 227 | 162 | 3148    |
| 2  | Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión                                | F-41.2 | 174  | 144 | 96  | 151 | 155 | 101 | 127 | 112 | 111 | 112 | 142 | 220 | 1645    |
| 3  | Trastorno del Habla y del Lenguaje                                     | F-80   | 21   | 22  | 23  | 19  | 9   | 27  | 16  | 18  | 16  | 16  | 20  | 19  | 226     |
| 4  | Episodio Depresivo   | F-32   | 57   | 30  | 82  | 77  | 50  | 88  | 111 | 97  | 76  | 63  | 120 | 107 | 958     |
| 5  | Trastorno Cognitivo Leve   | F-06.7 | 5    | 1   | 8   | 18  | 25  | 11  | 15  | 23  | 38  | 5   | 17  | 12  | 178     |
| 6  | Trastorno de Conducta  | F-91.  | 28   | 34  | 31  | 28  | 23  | 28  | 33  | 31  | 21  | 30  | 37  | 32  | 356     |
| 7  | Trastorno Esquizofrénico   | F-20   | 11   | 21  | 24  | 38  | 64  | 18  | 18  | 18  | 17  | 12  | 13  | 15  | 269     |
| 8  | Trastorno de Hiperactividad  | F-90   | 20   | 25  | 33  | 23  | 19  | 14  | 17  | 14  | 31  | 8   | 9   | 11  | 224     |
| 9  | Demencia   | F-00   | 19   | 16  | 32  | 26  | 41  | 20  | 48  | 40  | 20  | 64  | 46  | 15  | 387     |
| 10 | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol | F-10   | 9    | 5   | 16  | 14  | 5   | 10  | 5   | 5   | 19  | 4   | 5   | 7   | 104     |
| 11 | Retardo Mental   | F-70   | 10   | 6   | 9   | 11  | 17  | 11  | 13  | 14  | 9   | 10  | 15  | 13  | 138     |
| 12 | Retardo del desarrollo   | R62    | 6    | 6   | 6   | 7   | 12  | 7   | 14  | 10  | 11  | 12  | 14  | 5   | 110     |
| 13 | Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida          | Z-73   | 2    | 1   | 2   | 0   | 4   | 5   | 1   | 0   | 0   | 8   | 7   | 1   | 31      |
| 14 | Otros  |        | 78   | 98  | 116 | 114 | 142 | 103 | 80  | 65  | 74  | 85  | 120 | 49  | 1124    |
|    | <b>TOTAL</b>   |        | 1069 | 706 | 740 | 732 | 805 | 663 | 752 | 656 | 632 | 683 | 792 | 668 | 8898    |

## Estadística General

Tabla 4  
Hospitalización 2013

|    | DESCRIPCION DEL CASO   | CODIGO | ENE  | FEB  | MAR  | ABR  | MAY  | JUN  | JUL  | AGO  | SET  | OCT  | NOV  | DIC  | TOTALES |
|----|--|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---------|
| 1  | Trastorno De Adaptación  | F-43.2 | 426  | 642  | 596  | 416  | 643  | 593  | 639  | 781  | 669  | 746  | 911  | 702  | 7764    |
| 2  | Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión                                | F-41.2 | 153  | 176  | 114  | 180  | 93   | 172  | 178  | 166  | 106  | 146  | 157  | 78   | 1719    |
| 3  | Episodio Depresivo   | F-32   | 407  | 89   | 95   | 302  | 237  | 111  | 135  | 163  | 206  | 171  | 153  | 194  | 2263    |
| 4  | Trastorno Cognitivo Leve   | F-06.7 | 31   | 64   | 44   | 55   | 49   | 81   | 41   | 103  | 46   | 103  | 70   | 54   | 741     |
| 5  | Trastorno de Conducta  | F-91.  | 1    | 10   | 18   | 17   | 8    | 56   | 13   | 10   | 33   | 15   | 19   | 21   | 221     |
| 6  | Trastorno Esquizofrénico   | F-20   | 50   | 48   | 44   | 82   | 78   | 75   | 81   | 78   | 56   | 65   | 95   | 64   | 816     |
| 7  | Trastorno de Hiperactividad  | F-90   | 2    | 12   | 13   | 11   | 8    | 14   | 13   | 8    | 18   | 5    | 5    | 9    | 118     |
| 8  | Trastorno del Habla y del Leng   | F-80   | 19   | 6    | 7    | 12   | 6    | 14   | 13   | 15   | 15   | 35   | 10   | 20   | 172     |
| 9  | Demencia   | F-00   | 71   | 27   | 101  | 43   | 49   | 36   | 32   | 81   | 54   | 39   | 46   | 74   | 653     |
| 10 | Retardo Mental   | F-70   | 9    | 8    | 3    | 9    | 4    | 5    | 7    | 7    | 7    | 1    | 11   | 12   | 83      |
| 11 | Retardo del desarrollo   | R62    | 5    | 5    | 5    | 6    | 5    | 11   | 8    | 5    | 3    | 4    | 9    | 3    | 69      |
| 12 | Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida          | Z-73   | 3    | 5    | 14   | 18   | 17   | 25   | 18   | 22   | 7    | 1    | 29   | 29   | 188     |
| 13 | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol | F-10   | 22   | 1    | 8    | 4    | 7    | 10   | 44   | 4    | 1    | 8    | 10   | 10   | 129     |
| 14 | OTROS  |        | 0    | 112  | 126  | 82   | 142  | 115  | 151  | 112  | 50   | 91   | 62   | 81   | 1124    |
|    | <b>TOTAL</b>   |        | 1199 | 1205 | 1188 | 1237 | 1346 | 1318 | 1373 | 1555 | 1271 | 1430 | 1587 | 1351 | 16060   |

## Procedimientos

Tabla 5  
*Procedimientos 2012*

| ACTIVIDADES                                    |          | INDICADORES | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | TOTAL |
|--|----------|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| PSICOLOGICAS                                   |          |             | ENE  | FEBR | MAR  | ABR  | MAY  | JUN  | JUL  | AGOS | SET  | OCT  | NOV  | DIC  |       |
| Atención Psicológica                           | Atención |             | 1728 | 2038 | 1896 | 2047 | 2252 | 2228 | 2290 | 2280 | 2608 | 2482 | 2324 | 2064 | 26237 |
| Procedimientos de Psicológica                  |          |             |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
| 2.1. Procedimientos diagnósticos de Psicología | Prueba   |             | 1559 | 1103 | 1304 | 1400 | 1400 | 1275 | 1391 | 1011 | 1039 | 1040 | 1013 | 1272 | 14807 |
| 2.2. Procedimientos terapéuticos psicológicos  | Sesión   |             | 2453 | 2479 | 2584 | 2408 | 2745 | 2340 | 2177 | 2700 | 3038 | 3040 | 2771 | 2337 | 31072 |
| Procedimientos preventivo promocionales        | Sesión   |             | 743  | 672  | 852  | 790  | 729  | 520  | 510  | 650  | 338  | 302  | 382  | 342  | 6830  |
|  |          |             |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | 52709 |
| Atención Psicológica CONSULTA EXTERNA          |          |             | 709  | 955  | 865  | 820  | 993  | 903  | 855  | 688  | 842  | 1018 | 1108 | 711  | 10467 |
| Atención Psicológica HOSPITALIZACION           |          |             | 1019 | 1083 | 1031 | 1227 | 1459 | 1325 | 1435 | 1592 | 1766 | 1464 | 1216 | 1353 | 15970 |
| TOTALES  |          |             | 1728 | 2038 | 1896 | 2047 | 2252 | 2228 | 2290 | 2280 | 2608 | 2482 | 2324 | 2064 | 26237 |

## Procedimientos

Tabla 6  
Procedimientos 2013

| ACTIVIDADES                                    | INDICADORES | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | TOTAL |
|--|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| PSICOLOGICAS                                   |             | ENE  | FEBR | MAR  | ABR  | MAY  | JUN  | JUL  | AGOS | SET  | OCT  | NOV  | DIC  |       |
| Atención Psicológica                           | Atención    | 2268 | 1911 | 1928 | 1979 | 2151 | 1981 | 2125 | 2211 | 1903 | 2113 | 2379 | 2019 | 24968 |
| Procedimientos de Psicología                   |             |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
| 2.1. Procedimientos diagnósticos de Psicología | Prueba      | 1010 | 935  | 1094 | 1216 | 1197 | 1282 | 1298 | 1170 | 1378 | 1396 | 1318 | 1429 | 14723 |
| 2.2. Procedimientos terapéuticos psicológicos  | Sesión      | 2383 | 2445 | 2439 | 2535 | 2718 | 2651 | 3011 | 2689 | 2908 | 2670 | 2953 | 3002 | 32404 |
| Procedimientos preventivo promocionales        | Sesión      | 475  | 523  | 591  | 461  | 463  | 455  | 523  | 608  | 359  | 329  | 584  | 486  | 5857  |
| 52984  |             |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
| Atención Psicológica CONSULTA EXTERNA          |             | 1069 | 706  | 740  | 114  | 805  | 663  | 752  | 656  | 632  | 683  | 792  | 668  | 8280  |
| Atención Psicológica HOSPITALIZACION           |             | 1199 | 1205 | 1188 | 1237 | 1346 | 1318 | 1373 | 1555 | 1271 | 1430 | 1587 | 1351 | 16060 |
| TOTALES  |             | 2268 | 1911 | 1928 | 1979 | 2151 | 1981 | 2125 | 2211 | 1903 | 2113 | 2379 | 2019 | 24968 |

## Procedimientos

**Tabla 7**  
***Consolidado de Procedimientos Psicológicos 2012 – 2013***

| <b>ACTIVIDADES<br/>PSICOLÓGICAS</b>                | <b>TOTAL<br/>2012</b> | <b>TOTAL<br/>2013</b> | <b>TOTALES</b> |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Atención Psicológica (Cons. Ext.+ Hospitalización) | 26237                 | 24968                 | 51205          |
| Procedimientos de Psicológica                      |                       |                       |                |
| 2.1. Procedimientos diagnósticos de Psicología     | 14807                 | 14723                 | 29530          |
| 2.2. Procedimientos terapéuticos psicológicos      | 31072                 | 32404                 | 63476          |
| Procedimientos preventivo promocionales            | 6830                  | 5857                  | 12687          |
| <b>TOTALES</b>                                     | <b>52709</b>          | <b>52984</b>          | <b>105693</b>  |

### **III. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO**

#### **3.1 Nombre del Área**

**Departamento de Salud Mental**

#### **3.2 Ubicación**

El departamento de Salud Mental, se encuentra ubicado en el distrito de Jesús María y colinda con el Hospital Rebagliati y con la calle Prolongación Miller, por este lado se ingresa a Emergencia de psiquiatría.

#### **3.3 Infraestructura**

Es una edificación de material noble, se dé un solo piso rodeado de áreas verdes, dos canchas de futbol y zona de parqueo.

#### **3.4. Reseña histórica del Departamento de Salud Mental Hospital Edgardo Rebagliati Martins**

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se inicia en el año 1958, en sus inicios el servicio tenía como sede el piso 13C del Hospital Rebagliati, ocupando un ambiente de un solo piso, el cual se adaptó para la atención correspondiente, ya que este fue diseñado para funciones administrativas.

Para la elaboración de la estructura organizativa del piso 13C, se tomó como referencia el Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Massachussets.

El servicio contaba con:

- ✓ Unidad de hospitalización con 26 camas: 11 destinadas a mujeres y 15 para varones.
- ✓ Consultorios externos y una sala para terapia grupal.

En su primer día de funcionamiento se hospitalizaron 3 pacientes cuyos diagnósticos eran, 1 con neurosis y 2 con psicosis.

Las labores del servicio se proyectaban asimismo al servicio de emergencia y a los diferentes pisos de hospitalización, que solicitaban interconsultas por interurrencias psiquiátricas.



En un estudio estadístico presentado por el Dr. Pedro León Montalbán en el primer Congreso Nacional de Psiquiatría señalaba que durante los primeros 11 años del funcionamiento del servicio, los diagnósticos de mayor incidencia fueron:

- ✓ Esquizofrenia Paranoide 25%, siendo más frecuente entre edades de 25 y 44 años.
- ✓ Trastornos Neuróticos 44%, siendo más frecuente reacciones ansiosas.
- ✓ Maníaco-depresivo: La depresión como cuadro predominante con mayor incidencia en mujeres.

El Servicio de Psiquiatría fue el primero que desarrolló el Psicodrama introducido por el Dr. Pedro León Montalbán como método psicoterapéutico con resultados altamente positivos.

En el año 1960 los servicios de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía se integraron como Departamento nombrándose como jefe al Dr. Donald Morote.

En 1962 se convoca a concurso, ingresando 5 psiquiatras: Dra. Judith Calenzani, Dra. Elsa Izaguirre, Dr. Walter Gribenow, Dr. Ivanisevich, Dr. Jaime Velazco y el psicólogo Dr. Luis Estrada de los Ríos.

En este mismo año se instala el Servicio de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y se dio el inicio a la rotación de internos de esta disciplina.

El servicio contaba en ese entonces con 35 camas, ampliando su cobertura en 1966 con la participación de clínicas contratadas.

Para el año 1983 el servicio contaba con:

- ✓ La Unidad de Hospitalización con 38 camas: 20 para hombres y 18 para mujeres.
- ✓ La Unidad de Consulta Externa
- ✓ La Unidad de Farmacodependencia (creada en octubre de 1977)
- ✓ La Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente
- ✓ Un Consultorio Psicogeriátrico
- ✓ Un Consultorio de Psicología

En agosto de 1985 se crea una comisión para el estudio e implementación del Instituto de Salud Mental, siendo en el año siguiente la fundación del mismo. En sus fines se incorporaba la posibilidad de unificación y suma de esfuerzos de los hospitales de la Seguridad Social: Guillermo Almenara Y. y Edgardo Rebagliati M.

En 1990 el Instituto cambia su denominación a Dirección de Salud Mental. Luego, dicha Dirección se desactiva y en 1995 toma el nombre de Departamento de Salud Mental hasta la actualidad.

El Departamento de Salud Mental cuenta con los siguientes servicios:

- Hospitalización I
- Hospitalización II
- Hospitalización Parcial
- Consulta Externa
- Programas Especiales
- Unidad de Farmacodependencia
- Unidad Infanto Juvenil
- Unidad de Geriatría
- Emergencia psiquiátrica.

## **SERVICIO DE PSIQUIATRÍA ESPECIALIZADA - PACIENTES MUJERES**

En un inicio, tanto en el Servicio de Hospitalización I como Hospitalización II se atendía a pacientes varones y mujeres indistintamente, ya en el año 2008 se hace la clasificación de la atención de los pacientes según el sexo, siendo Hospitalización I para mujeres y Hospitalización II para varones.

Una vez superada la etapa aguda, los pacientes son derivados de Emergencia a hospitalización para compensar la etapa crítica y ser atendidos en coordinación con el equipo multidisciplinario.

Este equipo multidisciplinario está conformado por 8 médicos psiquiatras (3 de los cuales con especialidad en Infanto Juvenil), 2 psicólogos, 1 asistente social, 15 enfermeros, 13 técnicos de enfermería y 1 nutricionista.

El servicio cuenta con 38 camas solo para mujeres siendo 36 para adultos y 2 para adolescentes; cuyos diagnósticos de mayor incidencia son: esquizofrenia tipo paranoide, trastorno afectivo bipolar, trastorno esquizoafectivo y trastorno depresivo recurrente.

### **3.5. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD PSICOLOGICA**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar el riesgo i/o determinar el daño psicológico en el paciente mediante la atención psicológica, evaluación, diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico, logrando su recuperación del daño identificado, desarrollando sus habilidades sociales a efecto de mejorar su calidad y estilo de vida e inserción a la sociedad.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Evaluar a todas las pacientes ingresadas
- ✓ Priorizar la evaluación específica, solicitada por su médico tratante
- ✓ Revisión de su historia clínica
- ✓ Entrevistar al paciente o familiar
- ✓ Aplicación de pruebas psicológicas
- ✓ Elaborar informe psicológico

- ✓ De acuerdo a los resultados de las evaluaciones y estancia, aplicar técnicas psicoterapéuticas.

El psicólogo realiza las siguientes actividades:

### **Actividades en Hospitalización**

- ✓ Evaluación psicológica; la paciente es derivada por su médico tratante, para la evaluación respectiva; pudiendo ser específica o en general.
- ✓ Entrevista y examen psicológico del paciente
- ✓ Entrevista a familiar de la paciente
- ✓ Evaluación \*
- ✓ Elaboración de informes
- ✓ Psicoterapia Individual
- ✓ Psicoterapia Grupal.
- ✓ Terapia de Psicarelajacion
- ✓ Habilidades Sociales
- ✓ Presentación Clínica de casos.

Es importante recalcar que existe un trabajo coordinado entre el psicólogo y el médico tratante.

En las siguientes tablas estadísticas vemos el total de pacientes atendidos en Hospitalización durante los años 2,012 y 2,013 respectivamente.

### **Estadísticas Individual de Hospitalización 2012 y 2013**

Tabla 8  
*Atención Individual de Pacientes Hospitalizados 2012*

|                         | <b>Hospitalización 2012</b> |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            | <b>TOTAL</b> |
|-------------------------|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
|                         | <b>Ene</b>                  | <b>Feb</b> | <b>Mar</b> | <b>Abr</b> | <b>May</b> | <b>Jun</b> | <b>Jul</b> | <b>Ago</b> | <b>Set</b> | <b>Oct</b> | <b>Nov</b> | <b>Dic</b> |              |
| <b>Pacientes Nuevos</b> | 27                          | 21         | 29         | 20         | 18         | 21         | 20         | 35         | 47         | 39         | 39         | 39         | <b>355</b>   |

Gráfico 1 (Ver Anexo D)

Tabla 9  
Atención Individual de Pacientes de Hospitalización 2012 según diagnóstico

|    | DIAGNÓSTICOS                            | Código | Enero     | febrero   | Marzo     | abril     | mayo      | junio     | julio     | agosto    | setiembre | octubre   | noviembre | diciembre | TOTAL      |
|----|---|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1  | Trastorno de Adaptación                 | F-43.2 |           |           |           | 1         |           | 1         |           | 1         | 1         |           |           |           | 4          |
| 2  | Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión | F-41.2 | 3         | 2         |           | 3         |           | 3         |           | 4         | 2         | 1         |           | 7         | 25         |
| 3  | Episodio Depresivo                      | F-32   | 3         |           |           |           |           | 3         |           | 1         | 4         |           |           |           | 11         |
| 4  | Trastorno Cognitivo Leve                | F-06.7 |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           | 3         |           | 3          |
| 5  | Trastorno de Conducta                   | F-91   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           | 1         | 1          |
| 6  | Trastorno Esquizofrénico                | F-20   | 10        | 8         | 11        | 2         | 11        | 7         | 11        | 11        | 14        | 12        | 18        | 15        | 130        |
| 7  | Trastorno de Hiperactividad             | F-90   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| 8  | Trastorno del Habla y del Lenguaje      | F-80   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| 9  | Demencia                                | F-00   |           |           | 1         |           |           |           |           |           |           |           |           |           | 1          |
| 10 | Retardo Mental                          | F-70   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| 11 | Retardo del Desarrollo                  | R-62   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| 12 | Trastorno Depresivo Recurrente          | F-33   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           | 9         | 7         | 16         |
| 13 | Otros                                   |        | 11        | 11        | 17        | 14        | 7         | 7         | 9         | 18        | 26        | 26        | 9         | 9         | 164        |
|    | <b>TOTAL</b>                            |        | <b>27</b> | <b>21</b> | <b>29</b> | <b>20</b> | <b>18</b> | <b>21</b> | <b>20</b> | <b>35</b> | <b>47</b> | <b>39</b> | <b>39</b> | <b>39</b> | <b>355</b> |

Gráfico 2 (Ver Anexo E)

Tabla 10

*Atención Individual de Pacientes Hospitalizados 2013*

| <b>Hospitalización 2013</b> |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |              |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
|                             | <b>Ene</b> | <b>Feb</b> | <b>Mar</b> | <b>Abr</b> | <b>May</b> | <b>Jun</b> | <b>Jul</b> | <b>Ago</b> | <b>Set</b> | <b>Oct</b> | <b>Nov</b> | <b>Dic</b> | <b>TOTAL</b> |
| <b>Pacientes</b>            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |              |
| <b>Nuevos</b>               | 38         | 16         | 20         | 51         | 31         | 32         | 30         | 32         | 33         | 30         | 39         | 29         | <b>381</b>   |

Gráfico 3 (Ver Anexo F)

Tabla 11  
Atención Individual de Pacientes de Hospitalización 2013 según diagnóstico

| DIAGNOSTICOS |  | Código | Ene       | Feb       | Mar       | Abr       | May       | Jun       | Jul       | Ago       | Set       | Oct       | Nov       | Dic       | TOTAL      |
|--------------|--|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1            | Trastorno de Adaptación  | F-43.2 |           |           | 1         | 3         |           |           |           |           |           |           |           | 2         | 6          |
| 2            | Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión                                | F-41.2 | 2         | 4         | 3         | 8         | 2         | 1         |           | 6         | 3         | 3         | 4         |           | 36         |
| 3            | Episodio Depresivo   | F-32   |           |           | 3         |           |           |           | 6         | 7         | 6         | 3         | 7         | 8         | 40         |
| 4            | Trastorno Cognitivo Leve   | F-06.7 | 1         |           |           |           |           |           |           |           | 3         | 1         |           | 2         | 7          |
| 5            | Trastorno de Conducta  | F-91   |           |           |           |           |           |           | 3         |           |           |           |           |           | 3          |
| 6            | Trastorno Esquizofrénico   | F-20   | 14        | 3         | 10        | 29        | 15        | 15        | 12        | 15        | 15        | 13        | 18        | 10        | 169        |
| 7            | Trastorno de Hiperactividad  | F-90   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| 8            | Trastorno del Habla y del Lenguaje                                     | F-80   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| 9            | Demencia   | F-00   |           |           |           |           |           |           | 2         |           |           |           |           |           | 2          |
| 10           | Retardo Mental   | F-70   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| 11           | Retardo del Desarrollo   | R-62   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| 12           | Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida          | Z-73   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| 13           | Trastornos mentales y del Comportamiento debidos al consumo de alcohol | F-10   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| 14           | Otros  |        | 21        | 9         | 3         | 11        | 14        | 16        | 7         | 4         | 6         | 10        | 10        | 7         | 118        |
| <b>TOTAL</b> |  |        | <b>38</b> | <b>16</b> | <b>20</b> | <b>51</b> | <b>31</b> | <b>32</b> | <b>30</b> | <b>32</b> | <b>33</b> | <b>30</b> | <b>39</b> | <b>29</b> | <b>381</b> |

Gráfico 4 (Ver Anexo G)

Flujograma (Ver Anexo H)

Utilización de batería de pruebas psicológicas:

- Test Gestáltico Viso motor de Bender para adultos.
- Test de Benton
- Test de la Figura Humana Karen Machover
- Test de Personalidad MMPI Abreviado
- Test multiaxial de Millón
- Test de personalidad Psicodiagnóstico de Rorschach
- Test Zung: Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) - Escala de Auto medición de Depresión (EAMD)

(Ver Anexo I)

## **INSTRUMENTOS PARA EVALUAR COCIENTE INTELECTUAL**

### ➤ Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS III)

Autor(es) : D. Wechsler, A. Kauffman  
Forma de : Individual  
Aplicación  
Duración : Variable, en torno a 02 horas  
Edad de : Adultos de 16 a 89 años  
Aplicación  
Objetivo : Medir la habilidad o nivel intelectual

### ➤ Test de Matrices Progresivas de Raven

Autor(es) : J. C. Raven  
Forma de : Individual y Colectiva  
Aplicación  
Duración : 40 a 90 min.  
Edad de : Adolescentes y Adultos  
Aplicación



Objetivo : Medir la habilidad para hacer comparaciones, razonar por analogías y organizar percepciones espaciales.

## **INSTRUMENTOS PARA EVALUAR PERSONALIDAD**

➤ Inventario de Cociente emocional de Bar On (ICE de BarOn)

Autor : Reuven Bar-On  
Administración : Individual o colectiva  
Duración : Sin límite de tiempo (aproximadamente de 30 a 40 minutos)  
Edad de aplicación : De 16 años a más  
Significación : Evaluación de las aptitudes emocionales de la personalidad, como determinantes para alcanzar el éxito general y mantener una salud emocional positiva.

➤ Cuestionario de la personalidad de Catell (16 PF-5)

Autores : R. B. Cattell, A. K. S Cattell y H. E. P. Cattell, 1993.  
Administración : Individual y Colectiva  
Duración : Variable, entre 40 y 45 minutos  
Edad de aplicación : Adolescentes y adultos  
Significación : Apreciación de 16 rasgos de primer orden y 5 dimensiones globales de la personalidad.

➤ Test de la Figura Humana

Autor : Karen Machover  
Administración : Individual y colectiva  
Duración : 15-20 minutos aproximadamente  
Edad de aplicación : Adolescentes y adultos  
Significación : Evalúa profundamente la personalidad. Consiste en una prueba proyectiva que presenta el dibujo libre

de una persona. Se manejan indicadores interpretados en su mayoría a través de la teoría psicodinámica.

➤ Test de frases incompletas de Sacks:

|                    |   |
|--------------------|---|
| Autor              | : Joseph M. Sacks   |
| Administración     | : Individual y colectiva  |
| Duración           | : 60 minutos aproximadamente  |
| Edad de aplicación | : De 12 años a más  |
| Significación      | : Evalúa las características de personalidad y esencialmente las actitudes hacia los demás. Consta de 60 ítems de frases incompletas donde se escribirá lo que primero se le ocurra al sujeto. Está dividida en 4 áreas: la familia, sexo, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo. |

➤ Test Psicodiagnóstico de Rorschach:

|                    |   |
|--------------------|---|
| Autor              | : B. Klopfer y D. Kelly   |
| Administración     | : Individual  |
| Duración           | : No hay tiempo límite  |
| Edad de aplicación | : Jóvenes y adultos   |
| Significación      | : Estudiar los componentes afectivos de una persona que se utilizan para realizar una evaluación cuantitativa, de los procesos psíquicos que participan en la organización de la personalidad |

➤ Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger (CCGB)

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| Autor(es) | : Gastón Berger          |
| Forma de  | : Individual y Colectivo |
| Duración  | : 20 min. Aprox.         |

Edad de Aplicación : Adolescentes y Adultos  
Objetivo : Determinar los tipos de personalidad

### **Instrumentos utilizados para evaluar signos y síntomas clínico-psicopatológicos**

➤ Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI II):

Autor : Theodore Millon  
Administración : Individual o colectiva  
Duración : Aproximadamente entre 45 y 60 minutos  
Edad de aplicación : Sujetos de 18 años a más  
Significación : Evalúa síndrome clínicos leves, severos y patologías de personalidad en 22 escalas que componen el test en 175 ítems.

### **Instrumentos utilizados para evaluar trastornos psíquicos relacionados a factores orgánicos**

➤ Test Gestáltico Viso motor de Bender:

Autor : Laretta Bender, Elizabeth Munsterberg  
Administración : Individual  
Duración : Sin tiempo límite  
Edad de aplicación : Niños desde los 5 años, adolescentes y adultos  
Significación : Mide el desarrollo intelectual de los niños, expresado a través de la reproducción de las nueve láminas y valorar la presencia de algún síndrome orgánico a partir de las características que se observan en la reproducción de los diseños.  
  
Edad de aplicación : De 6 a 85 años, en pacientes psiquiátricos, geriátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos.

Significación : Evalúa las funciones de orientación, atención y concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo.

➤ Test de Retención Viso motor de Benton:

Autor : Arthur Benton  
Administración : Individual  
Duración : 5 minutos  
Edad de aplicación : Jóvenes y adultos  
Significación : La prueba evalúa lesión orgánica Cerebral interhemisferica, así como el grado de sensibilidad de los sistemas comprometidos.

➤ Mini-Mental State Examination (MMSE):

Autores : M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. Mc Hugh.  
Administración : Individual  
Duración : Entre 5 y 10 minutos  
Edad de aplicación : Jóvenes y Adultos  
Significación : Proporcionar una análisis breve y estandarizado del estado mental que sirve para diferenciar en los pacientes trastornos funcionales orgánicos.

➤ Test del Reloj (TRO) (TRC)

Autor : Battersby, Bender, Pollack y Kahn  
Administración : Individual  
Duración : No tiene límite  
Edad de aplicación : A partir de los 50 años  
Significación : Evalúa deterioro Cognitivo.

### **Instrumentos utilizados para evaluar aspectos socioemocionales:**

➤ Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage:

|                    |   |
|--------------------|---|
| Autores            | : Brink y Yesavage  |
| Administración     | : Individual y colectiva  |
| Duración           | : 15 minutos aproximadamente  |
| Edad de aplicación | : A partir de los 60 años   |
| Significación      | : Concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores. |

➤ Escala de Auto evaluación de Zung

|                    |   |
|--------------------|---|
| Autor              | : William Zung                            |
| Administración     | : Individual y colectiva                  |
| Duración           | : No tiene límite                         |
| Edad de aplicación | : Jóvenes y adultos                       |
| Significación      | : Evalúa niveles de ansiedad y depresión. |

### **ÁREA AMBULATORIA.**

Se realiza una entrevista inicial directamente con el paciente adulto referido por interconsultas para proceder a diferentes intervenciones como evaluaciones de personalidad, descarte de organicidad nivel inteligencia y/o psicoterapia.

Una vez realizado la intervención con el paciente, será derivado nuevamente a su médico tratante.

El paciente tiene derecho a atención de cinco citas ambulatorias.

### **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA**

ψ Entrevista: procedimiento por el cual se obtiene la elaboración de datos del paciente proporcionados por el mismo o por algún familiar.

El tiempo aproximado de esta actividad es de 45 minutos.

ψ Evaluación y diagnostico psicológico: procedimiento mediante el cual se realiza la evaluación requerida por el médico tratante; y de acuerdo a las

indicaciones de la interconsulta se procede a evaluar con la batería psicológica correspondiente al área y exploración.

Mediante la cual permitirá arribar al diagnóstico y planificar el tratamiento a seguir y consecutivamente estos resultados serán plasmados en el informe psicológico.

En las siguientes tablas estadísticas describen la atención anual 2,012 y 2,013 en Consulta Externa en forma individual según sexo y luego según diagnóstico.

Tabla 12  
*Atención Individual de Pacientes Ambulatorios 2012 según sexo*

| <b>Consulta Externa 2012</b> |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|
| Pacientes                    | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Set | Oct | Nov | Dic | TOTAL      |
| <b>Femenino</b>              | 37  | 28  | 30  | 17  | 17  | 24  | 11  | 17  | 11  | 16  | 18  | 39  | <b>265</b> |
| <b>Masculino</b>             | 20  | 5   | 14  | 10  | 7   | 13  | 4   | 8   | 9   | 9   | 6   | 16  | <b>121</b> |
| <b>Total</b>                 | 57  | 33  | 44  | 27  | 24  | 37  | 15  | 25  | 20  | 25  | 24  | 55  | <b>386</b> |

Gráfico 5 (Anexo J)

Tabla 13  
*Atención Individual de Pacientes Ambulatorios 2013 según sexo*

| <b>Consulta Externa 2013</b> |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|
| Pacientes                    | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Set | Oct | Nov | Dic | TOTAL      |
| <b>Femenino</b>              | 80  | 9   | 12  | 23  | 26  | 19  | 11  | 18  | 22  | 15  | 65  | 12  | <b>312</b> |
| <b>Masculino</b>             | 43  | 9   | 8   | 15  | 11  | 15  | 9   | 12  | 15  | 8   | 32  | 8   | <b>185</b> |
| <b>Total</b>                 | 123 | 18  | 20  | 38  | 37  | 34  | 20  | 30  | 37  | 23  | 97  | 20  | <b>497</b> |

Gráfico 6 (Anexo K)

**Tabla 14**  
**Atención Individual de Pacientes Ambulatorios 2012 según diagnóstico y sexo**

| DIAGNOSTICOS   | Código       | enero |    | febrero |   | marzo |    | abril |    | mayo |   | junio |    | julio |   | agosto |   | setiembre |   | octubre |   | noviembre |   | diciembre |    | Totales    |     |
|--|--------------|-------|----|---------|---|-------|----|-------|----|------|---|-------|----|-------|---|--------|---|-----------|---|---------|---|-----------|---|-----------|----|------------|-----|
|  |              | F     | M  | F       | M | F     | M  | F     | M  | F    | M | F     | M  | F     | M | F      | M | F         | M | F       | M | F         | M | F         | M  | F          | M   |
| 1 Trastorno de Adaptación  | F-43.2       | 3     | 2  | 7       | 0 | 5     | 2  | 2     | 2  | 3    | 0 | 3     | 2  |       |   | 3      | 2 | 3         | 0 | 4       | 1 | 1         | 0 | 5         | 3  | 39         | 14  |
| 2 Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión                                | F-41.2       | 12    | 9  | 11      | 4 | 10    | 3  | 7     | 4  | 7    | 4 | 12    | 4  | 9     | 2 | 8      | 5 | 4         | 2 | 4       | 2 | 0         | 2 | 18        | 6  | 102        | 47  |
| 3 Trastorno del Habla y del Lenguaje                                     | F-80.0       |       |    |         |   |       |    |       |    |      |   |       |    |       |   |        |   |           |   |         |   |           |   |           |    |            |     |
| 4 Episodio Depresivo   | F-32         | 3     | 2  |         |   |       |    |       |    |      |   | 1     | 0  |       |   | 1      | 0 | 1         | 1 |         |   |           |   | 1         | 1  | 7          | 4   |
| 5 Trastorno Cognitivo Leve   | F-06.7       |       |    |         |   |       |    |       |    |      |   |       |    |       |   |        |   |           |   |         |   |           |   |           |    |            |     |
| 6 Trastorno de Conducta  | F-91         |       |    |         |   |       |    |       |    |      |   |       |    |       |   |        |   |           |   |         |   |           |   |           |    |            |     |
| 7 Trastorno Esquizofrénico   | F-20         | 4     | 0  | 2       | 0 | 1     | 3  |       |    | 2    | 1 | 0     | 3  |       |   | 2      | 0 |           |   | 1       | 1 |           |   | 3         | 0  | 15         | 8   |
| 8 Trastorno de Hiperactividad  | F-90         |       |    |         |   |       |    |       |    |      |   |       |    |       |   |        |   |           |   |         |   |           |   |           |    |            |     |
| 9 Demencia   | F-00         | 0     | 1  |         |   |       |    |       |    |      |   |       |    |       |   |        |   |           |   |         |   |           |   |           |    | 0          | 1   |
| 10 Retardo del Desarrollo  | R-62         |       |    |         |   |       |    |       |    |      |   |       |    |       |   |        |   |           |   |         |   |           |   |           |    |            |     |
| 11 Retardo Mental  | F-70         |       |    |         |   |       |    |       |    |      |   |       |    |       |   | 0      | 1 |           |   |         |   |           |   |           |    | 0          | 1   |
| 12 Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida.        | Z-73         |       |    |         |   |       |    |       |    |      |   |       |    |       |   |        |   |           |   |         |   |           |   |           |    |            |     |
| 13 Trastorno Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de alcohol | F-10         |       |    |         |   |       |    |       |    |      |   |       |    |       |   |        |   |           |   |         |   |           |   |           |    |            |     |
| 14 Otros   |              | 15    | 6  | 8       | 1 | 14    | 6  | 8     | 4  | 5    | 2 | 8     | 4  | 2     | 2 | 3      | 1 | 3         | 6 | 7       | 5 | 14        | 1 | 12        | 6  | 99         | 44  |
|  | Total F-M    | 37    | 20 | 28      | 5 | 30    | 14 | 17    | 10 | 17   | 7 | 24    | 13 | 11    | 4 | 17     | 8 | 11        | 9 | 16      | 9 | 18        | 6 | 39        | 16 | 265        | 121 |
|  | <b>TOTAL</b> | 57    |    | 33      |   | 44    |    | 27    |    | 24   |   | 37    |    | 15    |   | 25     |   | 20        |   | 25      |   | 24        |   | 55        |    | <b>386</b> |     |

Gráfico 7 (Anexo L)

**Tabla 15**  
**Atención Individual de Pacientes Ambulatorios 2013 según diagnóstico y sexo**

| DIAGNOSTICOS  | Código | Enero |     | febrero |    | marzo |    | abril |    | Mayo |    | junio |    | julio |    | agosto |    | setiembre |    | octubre |    | noviembre |    | diciembre |    | TOTALES |     |
|---|--------|-------|-----|---------|----|-------|----|-------|----|------|----|-------|----|-------|----|--------|----|-----------|----|---------|----|-----------|----|-----------|----|---------|-----|
|   |        | F     | M   | F       | M  | F     | M  | F     | M  | F    | M  | F     | M  | F     | M  | F      | M  | F         | M  | F       | M  | F         | M  | F         | M  | F       | M   |
| 1 Trastorno de Adaptación   | F-43.2 | 8     | 2   |         |    | 0     | 4  | 4     | 2  | 2    | 2  | 4     | 2  |       |    | 1      | 1  | 7         | 3  | 3       | 2  | 5         | 4  |           |    | 34      | 22  |
| 2 Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión                                 | F-41.2 | 33    | 14  | 5       | 3  | 4     | 3  | 5     | 3  | 6    | 2  | 5     | 5  | 2     | 4  | 6      | 5  | 7         | 5  | 5       | 3  | 26        | 9  | 6         | 2  | 110     | 55  |
| 3 Trastorno del Habla y del Lenguaje                                      | F-80.0 |       |     |         |    |       |    |       |    |      |    |       |    |       |    |        |    |           |    |         |    |           |    |           |    |         |     |
| 4 Episodio Depresivo  | F-32   | 2     | 2   |         |    | 2     | 0  |       |    |      |    | 0     | 1  | 5     | 1  | 4      | 2  | 1         | 3  | 3       | 0  | 8         | 6  | 4         | 4  | 29      | 19  |
| 5 Trastorno Cognitivo Leve  | F-06.7 | 0     | 1   |         |    |       |    |       |    |      |    |       |    |       |    |        |    |           |    | 0       | 1  |           |    |           |    | 0       | 2   |
| 6 Trastorno de Conducta   | F-91   |       |     |         |    |       |    |       |    |      |    |       |    |       |    |        |    |           |    |         |    |           |    |           |    |         |     |
| 7 Trastorno Esquizofrénico  | F-20   | 0     | 2   |         |    | 1     | 0  | 1     | 1  | 5    | 2  | 2     | 2  | 0     | 1  |        |    | 0         | 1  | 0       | 2  | 0         | 1  |           |    | 9       | 12  |
| 8 Trastorno de Hiperactividad   | F-90   |       |     |         |    |       |    |       |    |      |    |       |    |       |    |        |    |           |    |         |    |           |    |           |    |         |     |
| 9 Demencia  | F-00   |       |     |         |    |       |    |       |    |      |    | 1     | 0  |       |    | 0      | 1  |           |    |         |    |           |    |           |    | 1       | 1   |
| 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de alcohol | F-10   |       |     |         |    | 0     | 1  |       |    |      |    |       |    | 0     | 0  |        |    | 1         | 0  |         |    |           |    |           |    | 1       | 1   |
| 11 Retardo Mental   | F-70   |       |     |         |    |       |    |       |    |      |    |       |    |       |    |        |    |           |    |         |    |           |    |           |    |         |     |
| 12 Retardo del Desarrollo   | R-62   |       |     |         |    |       |    |       |    |      |    |       |    |       |    |        |    |           |    |         |    |           |    |           |    |         |     |
| 13 Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida.         | Z-73   |       |     |         |    | 2     | 0  |       |    |      |    |       |    | 1     | 0  |        |    |           |    |         |    |           |    |           |    | 3       | 0   |
| 14 Otros  |        | 37    | 22  | 4       | 6  | 3     | 0  | 13    | 9  | 13   | 5  | 7     | 5  | 3     | 3  | 7      | 3  | 6         | 3  | 4       | 0  | 26        | 12 | 2         | 2  | 125     | 70  |
| Total F-M   |        | 80    | 43  | 9       | 9  | 12    | 8  | 23    | 15 | 26   | 11 | 19    | 15 | 11    | 9  | 18     | 12 | 22        | 15 | 15      | 8  | 65        | 32 | 12        | 8  | 312     | 185 |
| TOTAL   |        |       | 123 |         | 18 |       | 20 |       | 38 |      | 37 |       | 34 |       | 20 |        | 30 |           | 37 |         | 23 |           | 97 |           | 20 |         | 497 |

Gráfico 8 (Anexo M)

Flujograma (Ver Anexo N)



En relación a las intervenciones psicoterapéuticas, estas se realizan siguiendo las normas establecidas para su realización:

- ψ Terapia psicológica: se recepciona al paciente y se hace la exploración correspondiente y se identifica su problemática para diseñar el plan terapéutico, objetivos a cumplir así como considerar la frecuencia, duración y seguimiento del paciente.

Flujograma (Ver Anexo Ñ)

- ψ Terapia grupal: actividad por la cual se prepara el material a utilizar según la técnica psicoterapéutica a aplicar y posteriormente se explicará al grupo la metodología, reglamento, normas reglamento a seguir durante la permanencia dentro del grupo.

Se realizará una prueba de entrada y de salida.

Flujograma (Ver Anexo O)

- ψ Terapia Familiar: actividad complementaria al tratamiento del paciente, según el caso lo requiera.

Flujograma (Ver Anexo P)

- ψ Consejería y orientación: concluida la evaluación psicológica y según el caso o diagnóstico se procederá a la consejería.

Flujograma (Ver Anexo Q)

- ψ Calificación: actividad por la cual se procede a calificar la batería psicológica aplicada.

ψ Informe psicológico: documento en el cual se plasma la interpretación de los resultados obtenidos mediante la observación clínica y pruebas psicológicas.

Flujograma (Ver Anexo R)

### **Actividad psicoterapéutica**

#### Terapia Cognitivo Conductual

Para la realización de esta actividad psicoterapéutica, se recepciona a los pacientes a participar, toda vez que el paciente es registrado debidamente, es decir pasar por el triaje correspondiente para ver los que son incluyentes (pacientes neuróticos y grado de instrucción por lo menos secundaria y disponibilidad de asistencia) y excluyentes (pacientes psicóticos, baja instrucción).

Prevalencia de diagnósticos que integran el grupo psicoterapéutico:

- Ansiedad generalizada
- Pánico
- Fobias
- Depresión
- Trastorno Obsesivo Compulsivo.

La psicología cognitivo conductual, en la que me enmarco, parte de la siguiente premisa: las personas pensamos, emocionamos y actuamos por ese orden.

Tres eslabones de la misma cadena; si pensamos en positivo, sentiremos en positivo y actuaremos en positivo; lo mismo ocurrirá en sentido contrario.

Teniendo en cuenta esta premisa, trabajar cualquiera de los tres eslabones nos facilitara el cambio en los otros dos, así que empezaremos a entender lo que implica y como funciona cada uno de ellos.

La Terapia Cognitivo Conductual, básicamente trabaja en relación a pensamientos y emociones, es decir se encarga de la reestructuración

cognitiva para corregir conceptualizaciones, distorsiones y creencias disfuncionales, mediante la enseñanza y aplicación de habilidades cognitivas.

La terapia postula que la conducta y sus consecuencias, está determinada por la manera como la persona interpreta y percibe el mundo, basándose en actitudes y supuestos propios que ha ido desarrollando a partir de sus experiencias y aprendizaje anteriores.

La actitud determina el estado de ánimo, al fundamental que debemos tener en cuenta. Dependiendo de cómo afronte situaciones que la vida me plantea, mi pensamiento, mi emoción se verán condicionados de una u otra forma y toda actitud está asociada a la voluntad de cambio, pero la voluntad se queda en nada si no la acompañamos de acción, por lo que veremos cómo debemos aprender a establecer los límites a los malestares que sentimos.

Quedarse en lo conocido, en la llamada zona de confort, acabara por aprisionarnos, ya el ser humano necesita de la adaptación al cambio para poder sobrevivir.

#### Modalidad

Los participantes son derivados por los médicos del departamento.

Tiene una duración de seis meses, se inicia con una evaluación de entrada y otra de salida.

#### Material empleado

- Historia Clínica Breve
- Escala de autovaloración de Zung
- Inventario de Creencias
- Formato de propósito del grupo
- Formato de reglas del grupo
- Hojas de registro
- Material psico-educativo
- Informe individual al finalizar la terapia.

## **Entrenamiento en técnicas de Psicorelajacion**

La relajación es un mecanismo cuya función reside en restaurar las condiciones de reposo luego del proceso de activación.

En este sentido, decimos que la relajación no es simplemente "apagar" la activación, sino un proceso en sí mismo, que requiere la persona "se entregue a los sistemas involuntarios del organismo.

La relajación y el control de la respiración están especialmente indicados para los diferentes espectros de la ansiedad y tiene un componente importante, en alteraciones de tipo psicosomático, y en muchas otras situaciones. También puede utilizarse como método de prevención para la población y nos prepara para enfrentarnos satisfactoriamente a situaciones estresantes.

La Técnica está dirigida a pacientes neuróticos específicamente.

Excluye pacientes psicóticos

Técnica de relajación de Jacobson

Enseñar técnica de autocontrol de las emociones negativas que interfieren en sus funciones cognitivas, emocionales y comportamentales.

Modalidad

Grupo abierto, pacientes neuróticos, no tiene tiempo límite para participar, solo deberá estar vigente su hoja de referencia para Psiquiatría ya que para Psicología no hay.

Material.

- Colchonetas
- Equipo de sonido.
- Hojas de asistencia.

# **CASO CLÍNICO**

## **ANAMNESIS**

### **I. DATOS DE FILIACION**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Nombres y Apellidos         | : DCVM  |
| Edad                        | : 59 años   |
| Lugar y Fecha de nacimiento | : Arequipa, 02- 05-1,954                                    |
| Estado Civil                | : Soltera sin hijos   |
| Grado de instrucción        | : Superior (Enfermería)                                     |
| Ocupación                   | : Religiosa (San Vicente de Paul).<br>Enfermera de ancianos |
| Dirección                   | : C. Montero 950 (Comunidad religiosa)                      |
| Diagnóstico médico          | : Depresión recurrente (F.33)                               |
| Tiempo de enfermedad        | : 02 años   |
| Medicamentos                | : Sertralina, Sulpiride y Clonazepan                        |
| Psicólogo responsable       | : Mg. Azucena Guido Llerena                                 |
| Fecha de evaluación         | : 04-11-13, 09-06-14  |

### **II. MOTIVO DE CONSULTA**

La paciente llega con referencia del policlínico de San Isidro a Consulta Externa de Salud mental del Hospital Rebagliati para recibir tratamiento en psiquiatría por Depresión recurrente.

### **III. PROBLEMA ACTUAL:**

La paciente, refiere ser muy susceptible, le preocupa lo que piensan de ella, se le viene muchos pensamientos negativos que le altera su estado anímico, llegando a deprimirse, sin ganas de hacer las cosas, se siente cansada, sin entusiasmo, por momentos se torna irritable, hipersensibilidad a la crítica e intolerante, ansiedad anticipatoria, con disminución notable en la capacidad de atención y concentración.

Conducta con tendencia a la rigidez, cuando no salen las cosas como espera, se desequilibra emocionalmente, permanece callada cuando debe hablar en su Comunidad y agresiva cuando está deprimida, manifestando síntomas psicosomáticos como sudoración de manos, dolor de cabeza, de cuerpo, alteración del carácter, poca tolerancia a la frustración, asociado a sentimientos de insuficiencia y autoestima pobre.

Piensa que será mejor retirarse de la comunidad donde vive hace 33 años, refiere sentirse muy tensa, oprimida, necesita sentirse libre, además de no llevarse bien con las demás hermanas incluso con las que son más jóvenes que ella.

Tiene problemas de relaciones interpersonales y prefiere no compartir ni hablar con las demás hermanas, le cuesta aceptar el actuar de las otras personas.

#### **IV. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA**

La paciente a la edad de 8 años fue violada por el padre de su amiguita del colegio.

Cuando tenía 10 años de edad, fue víctima de tocamientos indebidos (se masturbaba con ella) por parte de su hermano mayor de 19 años.

En ambos casos no se hizo justicia, porque nunca se enteraron los padres, prefirió callar hasta la actualidad, en la actualidad se ve con el hermano, quien ya tiene su propia familia y no han tocado el tema y dice haberlo perdonado.

En el año 1,999, ya estaba en la congregación a la que pertenece hasta la actualidad, hace cuatro episodios depresivos, sin recibir tratamiento psiquiátrico ni psicológico.

En el mismo año nuevamente hace cuadro depresivo con ideación suicida, por lo que es hospitalizada.

En el año 2,000 nuevamente es hospitalizada por depresión, caracterizado por llanto fácil, dolor constante de cabeza, pensamientos negativos persistentes hacia su presente y futuro.

Le diagnostican Diabetes Mellitus, fue internada durante un mes y medio, y a los 5 meses recae nuevamente por depresión.

## **V. HISTORIA PERSONAL**

### **5.1 Desarrollo inicial**

Refiere tener muy poca información al respecto, porque su madre nunca conversaba de esos temas con sus hijos, en tal sentido, la información que pueda dar es bastante pobre, sin embargo supone que fue dentro de los parámetros normales.

### **5.2 Educación**

Refiere, haber estudiado la primaria en el colegio “María Auxiliadora” posteriormente para secundaria es cambiada al colegio Dominico “Nuestra Señora de la Asunción”.

Considera que fue buena estudiante en la etapa escolar y también universitaria, estudio Enfermería en la Universidad Católica Santa María de Arequipa y luego en la Universidad del Altiplano de Puno donde ocupaba el tercio superior llevando 52 créditos.

Aprendió dos idiomas extranjeros: francés y turco.

### **5.3 Ocupación o trabajo**

En época universitaria, estudiaba y trabajaba como profesora de Manualidades, Educación Religiosa y repostería, durante dos años, ya en el último año universitario tuvo que dejar por los estudios y horarios.

Actualmente es religiosa en una Congregación.



Cuando viaja a Turquía trabajaba en un hospital psiquiátrico haciendo Terapia Ocupacional y atendiendo pacientes con demencia.

Ya en su comunidad, nuevamente empieza sus labores atendiendo a los ancianos, haciendo pagos, entre otras cosas y es allí donde se suscitan ciertos problemas con la hermana Superiora y hasta con las mismas religiosas por su intolerancia y exigencia por parte de ella.

#### **5.4 Hábitos e intereses**

Desde muy pequeña, recuerda tenía vocación religiosa, y siempre ha estado relacionándose con actividades relacionadas a la iglesia, formaba grupo de jóvenes en catequesis, también preparaba para la primera comunión.

Le gusta mantener contacto con la comunidades, tal es así que estando en Arequipa aún, tenía un espacio radial de noticias llamado "Chasqui de los pueblos jóvenes".

#### **5.5 Cambios de residencia**

Los cambios de residencia que ha tenido ha sido primero cuando su hermano mayor la lleva a Puno para terminar sus estudios, luego cuando entra a la congregación para ser religiosa y posteriormente viaja a Turquía en el año 2,006 en donde permaneció tres años.

#### **5.6 Enfermedades y accidentes**

No recuerda haber padecido de enfermedades delicadas, solo las propias de la niñez, refiere y accidentes ninguno.

Ya de adulta le diagnostican Diabetes Mellitus y Depresión.

#### **5.7 Personalidad**

Estima que siempre ha sido una niña muy responsable y estudiosa con gran sentido humanitario.

Le gusta la tranquilidad, aunque de joven iba a fiestas pero no le llamaba la atención.

A la edad de ocho años se hace cargo de sus hermanos menores por que la madre cae enferma al hospital, demostrando alto sentido de responsabilidad de lo cual se siente muy satisfecha.

En el colegio siempre tuvo un buen comportamiento y rendimiento, aunque siempre ha tenido una baja autoestima.

### **5.8 Desarrollo Psicosexual**

Su menarquía la tuvo a los trece años, sin ningún problema, ya que en el colegio hablaba con su profesora.

Siendo joven, se enamoró de un chico platónicamente y cuando él se le acercó lo rechazo y eso fue para siempre porque nunca más tuvo otra experiencia amorosa.

### **5.9 Sueños**

Cuando estaba deprimida, no podía conciliar el sueño y tomaba medicamentos, actualmente ha variado, no tengo problemas ni pesadillas, incluso me ha bajado la dosis de los medicamentos.

## **VI. HISTORIA FAMILIAR**

Procedente de Arequipa, su familia está constituida por padre, madre y diez hermanos, seis mujeres y cuatro varones, ella es cuarta de los hermanos.

Considera que fueron felices los primeros años, eso cuentan sus hermanos mayores que gozaron de ello, lo que recuerda es que sus padres tuvieron problemas cuando se enteró su mamá que su papá tuvo una hija extramatrimonial, luego se separan.

Cuando se separan su papá se lleva a tres de sus hermanos y la mamá a otros cuatro los lleva a vivir a Mariano Melgar, pero luego se encuentran a una comunidad y se reconciliaron.

Uno de los hermanos mayores se fue a radicar al Brasil por lo que su mamá viajaba a visitarlo cada cierto tiempo dejándola a ella a cargo de sus demás hermanos, en ese tiempo tenía diecisiete años.

Posteriormente la mamá se enferma, le dio un infarto al corazón y tuvo que hospitalizarse y al tiempo que sale de alta, su papá también se enferma, le dio un coma diabético y también se hospitaliza, durante ese tiempo también quedo al frente de los quehaceres de la casa, porque la hermana mayor estaba en una congregación religiosa, actualmente es religiosa en María auxiliadora.

## **VII. EXAMEN CLÍNICO PSICOLÓGICO**

### *Descripción física*

Paciente de 59 años, femenina de contextura gruesa y estatura aproximada de 1.57 mts.

De rostro ovalado, tez trigueña, ojos de color marrón, boca pequeña, no usa maquillaje, en su apariencia guarda las normas de aseo e higiene personal, viste habito de su congregación.

### *Nivel de conciencia:*

Está orientada en las tres esferas referenciales, así mismo denota buen nivel de atención y concentración durante su desempeño en las tareas impuestas.

### *Actitud frente a la evaluación:*

Muestra buena disposición durante la intervención psicológica, mostrando interés en la recuperación de su salud psicológica.

### *Motricidad, praxias y lateralidad*

No presenta ninguna dificultad motriz, se desplaza con movimientos suaves, domina lateralidad derecha. No se evidencian dificultades en cuanto a praxias simples, complejas o de lateralidad, desde la observación directa.

*Atención y concentración:*

Mantiene buena capacidad de atención y concentración durante el proceso psicoterapéutico, sin embargo esta no es estable, por momentos disminuía el nivel.

*Procesos perceptuales:*

A la observación, la paciente evidencia un estado normal de sus procesos perceptivos en las diferentes modalidades: sensibilidad somática, olfativa, gustativa, visual, auditiva y táctil.

*Pensamiento:*

Presenta pensamiento coherente, integrado por ideas de desvalorización, haciendo referencia de su estado depresivo que en ese momento experimentaba, ya que posteriormente se advierte mejoramiento de sus pensamientos negativos que predominaban en ella, sintiéndose motivada para seguir el plan de tratamiento.

*Lenguaje:*

Emplea un lenguaje fluido, claro de curso promedio

*Funciones Cognoscitivas:*

Impresiona una capacidad intelectual promedio, permitiendo buena capacidad en la resolución de problemas; sin embargo denota cierta dificultad en la capacidad memorística haciendo mención en los olvidos recurrentes que interfieren en su vida cotidiana, causándole preocupación.

*Afectividad y estado de ánimo predominante:*

Como estado anímico predominante presenta ansiedad difusa y depresión especialmente cuando hacía alusión al problema vivido.

## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS DE FILICACIÓN:

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Nombres y Apellidos         | : D.C.V.M.  |
| Edad                        | : 59 años   |
| Lugar y Fecha de nacimiento | : Arequipa, 02- 05-1,954                                    |
| Estado Civil                | : Soltera sin hijos   |
| Grado de instrucción        | : Superior (Enfermería)                                     |
| Ocupación                   | : Religiosa (San Vicente de Paul).<br>Enfermera de ancianos |
| Dirección                   | : C. Montero 950 (Comunidad religiosa) Lima.                |
| Diagnóstico médico          | : Depresión recurrente (F.33)                               |
| Tiempo de enfermedad        | : 14 años   |
| Medicamentos                | : Sertralina, Sulpiride y Clonazepan                        |
| Psicólogo responsable       | : Mg. Azucena Guido Llerena                                 |
| Fecha de evaluación         | : 04-11-13, 09-06-14  |

### II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente es remitida de Consulta Externa de Salud Mental, para tratamiento especializado.

### III. PROBLEMA ACTUAL:

La paciente, refiere ser muy susceptible, le preocupa lo que piensan de ella, se le viene muchos pensamientos negativos que le altera su estado anímico, llegando a deprimirse, sin ganas de hacer las cosas, se siente cansada, sin entusiasmo, por momentos se torna irritable, hipersensibilidad a la crítica e intolerante, ansiedad anticipatoria, con disminución notable en la capacidad de atención y concentración.

Conducta con tendencia a la rigidez, cuando no salen las cosas como espera, se desequilibra emocionalmente, permanece callada cuando debe hablar en su Comunidad y agresiva cuando está deprimida, manifestando síntomas psicosomáticos como sudoración de manos, dolor de cabeza, de cuerpo,

alteración del carácter, poca tolerancia a la frustración, asociado a sentimientos de insuficiencia y autoestima pobre.

Piensa que será mejor retirarse de la comunidad donde vive hace 33 años, refiere sentirse muy tensa, oprimida, necesita sentirse libre, además de no llevarse bien con las demás hermanas incluso con las que son más jóvenes que ella.

Tiene problemas de relaciones interpersonales y prefiere no compartir ni hablar con las demás hermanas, le cuesta aceptar el actuar de las otras personas.

#### **IV. OBSERVACIÓN DE CONDUCTA:**

Al momento de la entrevista psicológica, se encuentra lúcida, orientada en las tres esferas referenciales, con conciencia parcial de su situación actual.

Viste hábito de su congregación, guardando las normas de aseo e higiene personal.

Frente a las evaluaciones ofrece colaboración durante su ejecución; así mismo durante el tratamiento para el cual fue derivada trabaja disciplinadamente, cumple con los trabajos asignados en el tiempo señalado; su asistencia es regular.

Clínicamente, se observa sensibilidad a la ansiedad y depresión, asociado a la percepción de pérdida, frustración, o de derrota, sentimientos de insuficiencia y minusvalía, emocionalmente lábil. Estas emociones que experimenta la paciente, están conectadas con el contenido del pensamiento automático.

Sus funciones cognitivas, se encuentran conservadas sin embargo hay interferencias de tipo emocional afectivo las que redundan negativamente en la capacidad de atención y concentración impidiendo el proceso correcto de memorización.

Emplea un lenguaje claro, fluido, de curso normal y tono suave.

Niega ideación suicida.

#### **V. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA**

La paciente a la edad de 8 años fue violada por el padre de su amiguita del colegio.

Cuando tenía 10 años de edad, fue víctima de tocamientos indebidos (se masturbaba con ella) por parte de su hermano mayor de 19 años.

En ambos casos no se hizo justicia, porque nunca se enteraron los padres, prefirió callar hasta la actualidad, en la actualidad se ven con el hermano, quien ya tiene su propia familia y no han tocado el tema y dice haberlo perdonado.

En el año 1,999, ya estaba en la congregación a la que pertenece hasta la actualidad, hace cuatro episodios depresivos, sin recibir tratamiento psiquiátrico ni psicológico.

En el mismo año nuevamente hace cuadro depresivo con ideación suicida, por lo que es hospitalizada.

En el año 2,000 nuevamente es hospitalizada por depresión, caracterizado por llanto fácil, dolor constante de cabeza, pensamientos negativos persistentes hacia su presente y futuro.

Le diagnostican Diabetes Mellitus, fue internada durante un mes y medio, y a los 5 meses recae nuevamente por depresión.

## **VI. PRUEBAS PSICOLÓGICAS:**

- Inventario de Conducta Racional: Clayton Shorkey y Víctor Whiteman
- Escala de Autovaloración de Ansiedad (Zung)
- Escala de autovaloración de Depresión (Zung)
- Evaluación de entrada y salida

## **VII. INSTRUMENTOS:**

- Breve Historia Clínica
- Hojas de Registros
- Material Didáctico
- Encuesta de satisfacción.

## **VIII. TECNICAS:**

- Técnica de Autocontrol emocional: Relajación Progresiva de Jacobson.
- Técnica de Respiración.
- Aplicación de técnicas Cognitiva Conductual.

## **IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

### **PRUEBA DE ENTRADA:**

#### **INVENTARIO DE CONDUCTA RACIONAL**

Nombre y Apellidos: D.C.V.M.

Fecha de evaluación: 04/11/13.

|             |   |           |
|-------------|---|-----------|
| Factor I    | Frustración                               | <b>07</b> |
| Factor II   | Exceso de culpa                           | 11        |
| Factor III  | Perfeccionismo                            | 13        |
| Factor IV   | Necesidad de aprobación                   | <b>04</b> |
| Factor V    | Necesidad de ayuda y cuidados             | <b>05</b> |
| Factor VI   | Sentimiento de culpa                      | 15        |
| Factor VIII | Inercia y evasión                         | <b>04</b> |
| Factor VIII | Grado de independencia                    | 13        |
| Factor IX   | Abatimiento                               | 10        |
| Factor X    | Ideas de infortunio                       | <b>09</b> |
| Factor XI   | Confianza en el control de las Emociones. | <b>04</b> |

Interpretación: A mayor puntaje Mayor Conducta Racional  
A menor puntaje Menor Conducta Racional.

### **PRUEBA DE ENTRADA**

#### **EVALUACIÓN DE ANSIEDAD:**

55= Ansiedad Leve a Moderada

#### **EVALUACIÓN DE DEPRESION**

74= Depresión Intensa.

Como se puede observar, la paciente ingresa presentando déficit en cuanto a su conducta racional, tal como puede observarse en la performance de la prueba del inventario de conducta racional:

1. Factor I Frustración 07
2. Factor IV Necesidad de aprobación 04
3. Factor V Necesidad de ayuda y cuidados 05
4. Factor VII Inercia y evasión 04
5. Factor X Ideas de infortunio 09
6. Factor XI Confianza en el control de las emociones 04

Así mismo, se evidencian altos niveles de Ansiedad y depresión.



## **X. CONCLUSIONES:**

- La paciente, ha configurado su comportamiento en base a sus pensamientos irracionales y sistema de creencias, causándole sufrimiento emocional.
- La falta de expresión emocional hace que su cuerpo cause tensiones reprimidas con posibilidad que baje su sistema de defensas y enferme.
- En virtud de sus reacciones automáticas, es su comportamiento, es decir frente a un estímulo tendrá una respuesta asociada, sin ser consciente de ello.
- Interactúa de acuerdo a sus autoafirmaciones negativas.
- Altos niveles de ansiedad y depresión.
- Conducta no asertiva.
- Desvaloración de su estima personal
- Falta de recursos de afronte a las circunstancias de la vida, de lo cual es consciente y busca ayuda profesional.

## **XI. PRESUNCION DIAGNOSTICA:**

Considerando los antecedentes, la problemática y los síntomas que la paciente presenta, como irritabilidad, cansancio sin hacer un trabajo pesado, susceptibilidad, pereza, sin entusiasmo, suspicaz, atenta para reaccionar frente al estímulo del ambiente, dolor constante de cabeza, déficit de memoria, irritabilidad, pensamientos recurrentes negativos.

Se puede tipificar como un Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

CIE 10 F33.0.

## **XII. RECOMENDACIONES:**

- ✓ Seguir una psicoterapia especializada, en este caso se sugiere la Terapia Cognitiva Conductual para trabajar pensamientos irracionales, y otras técnicas bajo este esquema.
- ✓ Trabajar habilidades sociales.
- ✓ Terapia de Relajación y respiración para autocontrol emocional.
- ✓ Tomar pruebas de salida y ver resultados finales.

## PLAN DE TRATAMIENTO:

Los modelos cognitivos ponen especial atención a las cogniciones, entendiendo por estas en un sentido amplio a las ideas, los constructos personales, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas, etc. La importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales en particular., lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se le da a eso que pasó, el sentido o la atribución de significación, en síntesis la construcción particular de la realidad.

Se centran en el entrenamiento en técnicas de tipo Cognitiva Conductual, para el afronte a desajustes psicológicos, provocados por los pensamientos irracionales, falta de habilidades sociales y niveles altos de ansiedad y depresión. En si lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se le da a eso que pasó, el sentido o la atribución de significación, en síntesis la construcción particular de la realidad.

**Terapia Cognitiva Conductual**, es una psicoterapia estructurada, enfatiza la *modificación cognitiva* de esquemas, procesos y productos, y las relaciones que el pensamiento automático o distorsiones cognoscitivas establecen con la conducta motora y las emociones.

Básicamente, el tratamiento está focalizado en la identificación y corrección sistemática de estructuras informacionales cognitivo/afectivas, así como aquellos aspectos relacionados con la filosofía de vida, los valores, los esquemas motivacionales y el sistema general de creencias del paciente.

Albert Ellis aplica la Terapia Racional Emotiva bajo la premisa: "Las personas controlan en gran parte sus propios destinos creyendo y actuando según sus propios valores y creencias"

Considerando la irracionalidad como cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que se interfieren de forma importante en la supervivencia y felicidad de la persona.

La Psicoterapia Cognitiva se caracteriza principalmente por ser un tratamiento:

- ✓ Activo: ya que terapeuta y paciente cumplen ambos roles activos en la terapia.
- ✓ Directivo: el terapeuta es el que dirige mediante sus intervenciones en dicho tratamiento.
- ✓ Estructurado: existen ciertos pasos a seguir para la realización del mismo.
- ✓ Con tiempos limitados: se planifica el trabajo terapéutico acotando el mismo a cierto período de tiempo.
- ✓ Una parte importante de la terapia está relacionada con planear y alcanzar objetivos y resolver problemas concretos.
- ✓ Es educativa, tiene por objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.

La Psicoterapia Cognitiva es un procedimiento que se desarrolló originalmente para tratar la depresión, pero actualmente se desarrollaron diseños que permitieron tratar otros trastornos y otras diversas problemáticas humanas.

El tratamiento se basa fundamentalmente en el supuesto teórico de que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo (Beck, 1976).

El objetivo es explorar las relaciones entre diferentes tipos de creencias irracionales (aprobación, perfeccionismo, baja tolerancia a la frustración, condenación global a la persona, catastrofismo) detectar, describir y analizar situaciones difíciles y dar una orientación nueva en la modificación de conducta.

La Terapia Cognitiva es una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas, donde se integra la intervención clínica del problema (terciaria) con la intervención secundaria (prevención) y primaria (promoción), y que utiliza procedimientos cognitivos, comportamentales y experimentales para modificar

fallos en el procesamiento de la información en distintos trastornos psicológicos (Riso, 1,992).

La ansiedad es un mecanismo de defensa que la mente utiliza para alertarnos de que estamos ante un peligro o riesgo, por lo que su función es la de protegernos de dicha amenaza, bien evitando la situación, huyendo de ella o afrontándola para superarla.

La persona considera que algo terrible puede pasarle y que sufrirá un daño emocional o físico importante. El problema aparece cuando deja de ser una alarma normal para convertirse en algo patológico, percibiendo el peligro donde no lo hay, lo que impide actuar de un modo eficaz y ayude a resolver el malestar. Esta reacción implica alteraciones en casi en todos los sistemas: fisiológico, afectivo, cognitivo y conductual.

Para Ellis, la clave es que "sentimos lo que pensamos". Los problemas emocionales no derivan directamente de las cosas que nos pasan, si no de determinadas creencias irracionales o exigencias que la propia persona se autoimpone. En el funcionamiento humano, existen tres aspectos psicológicos principales: los pensamientos, los sentimientos y las conductas.

Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno de ellos, producen cambios en otro. El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas y el pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional.

## ESQUEMA DE TRATAMIENTO

| Situación   | Técnica Cognitiva   | Objetivo  |
|---|---|---|
| <b>Pensamiento negativo en relación a si misma.</b>                       | <p>Lectura psicoeducativa de pensamientos distorsionados</p> <p>Técnica de autocontrol emocional</p> <p>Terapia de Jacobson.</p> <p>Técnica de respiración.</p> <p>Hoja de registro diario de respiración y relajación.</p> | <p>Identificar Pensamientos irracionales relacionados con su valoración negativa de sí misma, de los demás y de la realidad.</p> <p>Lograr la estabilidad emocional de la paciente, a nivel físico fisiológico y psicológico, frente a situaciones que le generan ansiedad.</p> |
| <b>Emociones negativas en relación a su entorno.</b>                      | <p>Pensamientos irracionales. (reestructuración cognitiva)</p> <p>Hojas de registro</p> <p>Ejercicios de pensamientos distorsionados</p>  | <p>Modificar pensamientos automáticos y distorsionados en su valoración negativa de sí misma, de los demás y de la realidad.</p>  |
| <b>Desvaloración de autoestima.</b>                                       | <p>Combatir Pensamientos deformados.</p> <p>Clarificación de valores</p>  | <p>Identificar los pensamientos distorsionados relacionados con las ideas de desvalorización de sí misma a fin de modificarlos.</p>   |
| <b>Frente a diversas situaciones debo quedarme callada</b>                | <p>Comportamientos asertivos</p> <p>Hojas de registro de pensamientos automáticos.</p>  | <p>Defender sus derechos y respetar los ajenos</p>  |
| <b>Las cosas deben hacerse perfectas.</b><br><b>Cólera, irritabilidad</b> | <p>Registro de pensamientos automáticos.</p> <p>Aserción encubierta</p>   | <p>Identificar pensamientos y emoción automáticos (%) con intensidad.</p> <p>Resultados</p>   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>Relaciones interpersonales (Ansiedad en situaciones personales y o laborales).</b></p> <p><b>No expresar libremente sus ideas en el momento oportuno.</b></p> | <p>Técnica de las tres columnas</p> <p>Como combatir los pensamientos distorsionados</p> <p>Auto registro de sucesos problemáticos.</p> <p>Técnicas asertivas</p> <p>Técnica de respiración y Relajación.</p> | <p>Ser consiente del tipo de pensamiento que le lleva a emociones negativas y hacer el proceso de cambio.</p> <p>Lograr un pensamiento controlado, orientado a la reducción de la incertidumbre y sentimientos de incapacidad.</p> |
| <p><b>Pensamientos recurrentes</b></p> <p><b>Ineficacia y bajo autoestima.</b></p>  | <p>Aserción encubierta</p> <p>Resiliencia</p> <p>Ejercicios</p> <p>Técnica de respiración y relajación.</p>   | <p>Reducir la ansiedad y o depresión interrumpiendo el pensamiento para sustituir con pensamientos positivos.</p> <p>Valoración personal en esencia: ser falible ,con debilidades y fortalezas</p>                                 |
| <p><b>Desarrollo de estrés frente a situaciones cotidianas.</b></p>   | <p>Inoculación del estrés</p> <p>Registro del animo</p> <p>Técnica del ABC</p> <p>Técnica de respiración y relajación.</p>  | <p>Aprender a relajarse y construir jerarquías que le llevan a hechos estresores para el mejor manejo de estos.</p>  |

## PRUEBA DE SALIDA

### INVENTARIO CONDUCTA RACIONAL

Nombre y Apellidos: D.C.V.M.  
 Fecha de evaluación: 9/06/14.

|             |   |            |
|-------------|---|------------|
| Factor I    | Frustración                               | 16         |
| Factor II   | Exceso de culpa                           | 12         |
| Factor III  | Perfeccionismo                            | 13         |
| Factor IV   | Necesidad de aprobación                   | 12         |
| Factor V    | Necesidad de ayuda y cuidados             | <b>06*</b> |
| Factor VI   | Sentimiento de culpa                      | 19         |
| Factor VII  | Inercia y evasión                         | 10         |
| Factor VIII | Grado de independencia                    | 10         |
| Factor IX   | Abatimiento                               | 13         |
| Factor X    | Ideas de infortunio                       | 14         |
| Factor XI   | Confianza en el control de las Emociones. | <b>07*</b> |

#### ANALISIS:

Factor V: **Necesidad de ayuda y cuidados.** Demanda que la gente cuide y ayude a otras personas.

Factor VIII: **Grado de independencia.** Se observa una inversión en los puntajes en este factor, lo que sugiere interferencias en su concepto en relación a los apegos.

Factor XI: **Confianza en el control de las emociones.** Capacidad para ejercer dominio sobre las situaciones.

## PRUEBA DE SALIDA

### NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Niveles de Ansiedad  
 31: Límites Normales

Niveles de Depresión  
 34: Límites normales.

## VIII CONCLUSIONES

Paciente que fue derivada a la terapia cognitivo conductual por presentar un trastorno depresivo recurrente.

Durante el proceso de seis meses de duración de la terapia la paciente en mención ha participado de manera comprometida, responsable en todas las actividades tanto en las sesiones terapéuticas como en el desarrollo de registros asignados para trabajar en su domicilio.

Los resultados del proceso psicoterapéutico se reflejan en:

- ψ El cambio significativo durante los seis meses de tratamiento, a nivel cognitivo (discriminar pensamientos irracionales y racionales)
- ψ Emocionalmente estable (mejoramiento de los niveles de ansiedad y depresión).
- ψ Cuenta con mayores recursos de afronte ante situaciones difíciles i/o resolver problemas concretos.
- ψ Mayor tolerancia a la frustración.
- ψ Valoración de fortalezas
- ψ Reconocimiento de las emociones tóxicas.
- ψ Vivir el presente
- ψ Se logró ser consecuente con sus pensamientos
- ψ Por otro lado cabe señalar que aún deberá revisar su sistema de creencias para reforzar su conducta racional en lo que se refiere a la necesidad de ayuda y cuidados así como el control sobre sus emociones.

## IX DIAGNOSTICO

Considerando las pruebas de salida tanto para Ansiedad como Depresión, se observan actualmente con **límites de normalidad**.

En general, se considera la paciente en Recuperación.



## **X RECOMENDACIONES**

- ψ Continuar aplicando las técnicas aprendidas:
- ψ Técnicas de asertividad;
- ψ Técnicas del ABC
- ψ Inoculación del estrés.

Las que harán posible que aumente los pensamientos racionales en lo que se refiere a los factores V y XI respectivamente.

- ψ Practicar técnica de Psicorelajacion y respiración.
- ψ Control de seguimiento cada 15 días.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Burns, D. (2012). *El Manual de ejercicios para sentirse bien*. Buenos Aires: Ed. Paidós

Eiriz, R. (2013). *Un curso de felicidad*. Barcelona: Ed. Sirio.

Ellis, A. (2013). *Cómo controlar la ansiedad antes que le controle a usted*. Barcelona: Ed. Paidós.

Goleman, D. (2013). *Emociones Destructivas*: Barcelona: Ed. Kairos.

Maganto, M. (2011). *Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas*. Madrid. Ed. Pirámide

Peñate, W. (2008). *SOS me deprimó*. Madrid. Ed. Pirámide.

Risso, W. (2009). *Terapia cognitivo conductual*. Barcelona. Ed. Páiros.

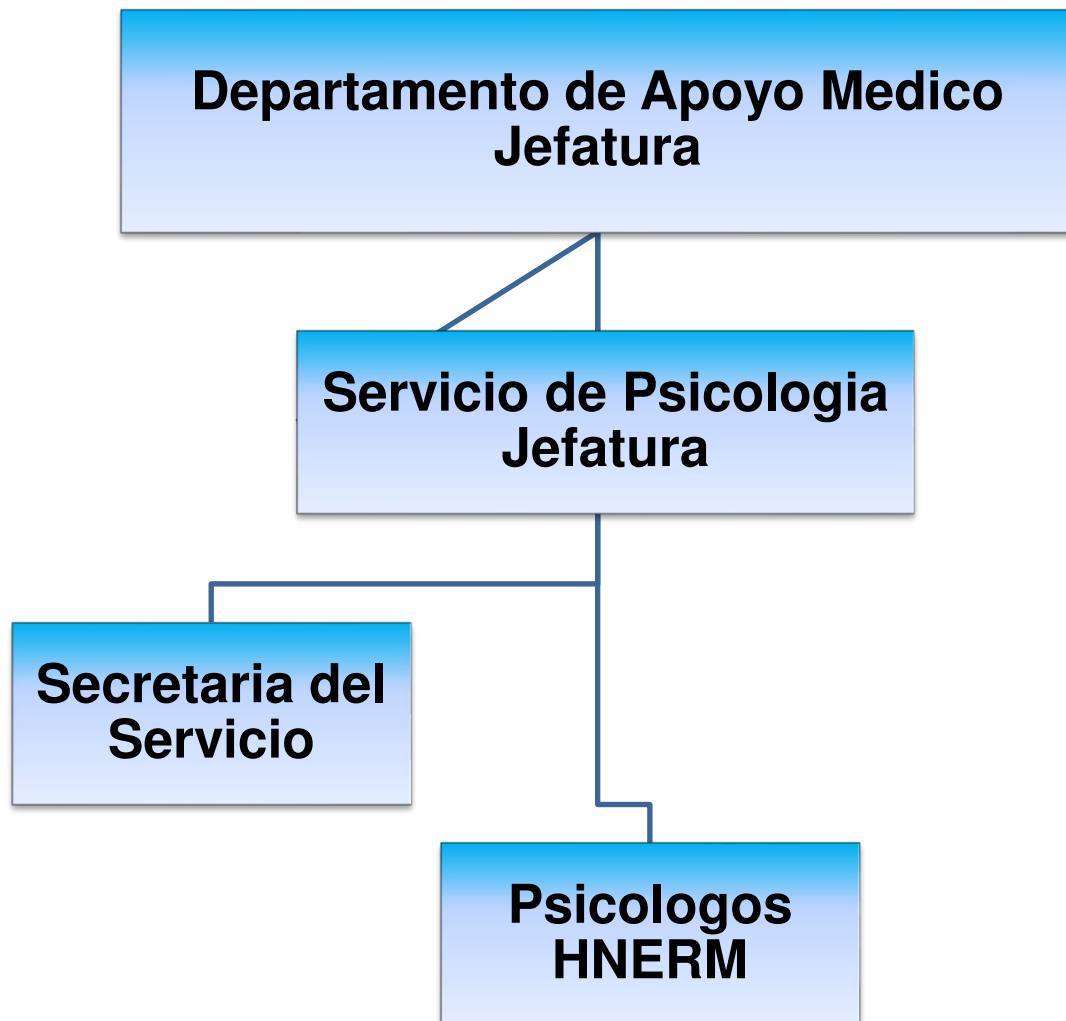
*Resolución de Gerencia General de prestaciones de Salud N° 157 –GCPS-ESSALUD-2010.*

*Resolución de la Oficina central de Planificación y Desarrollo N° 07 OCPD-ESSALUD-2010*

# **ANEXOS**

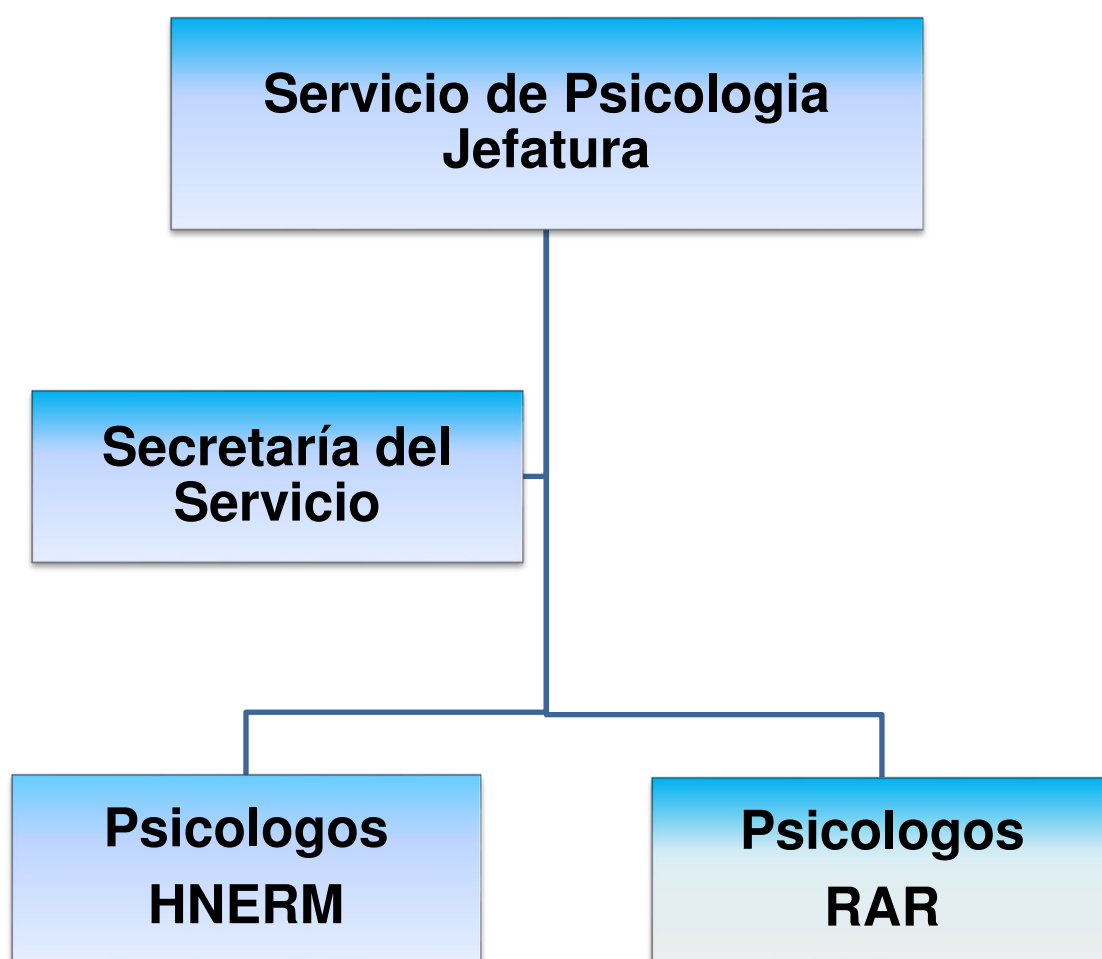
**Anexo A**

**ESTRUCTURA ORGÁNICA**



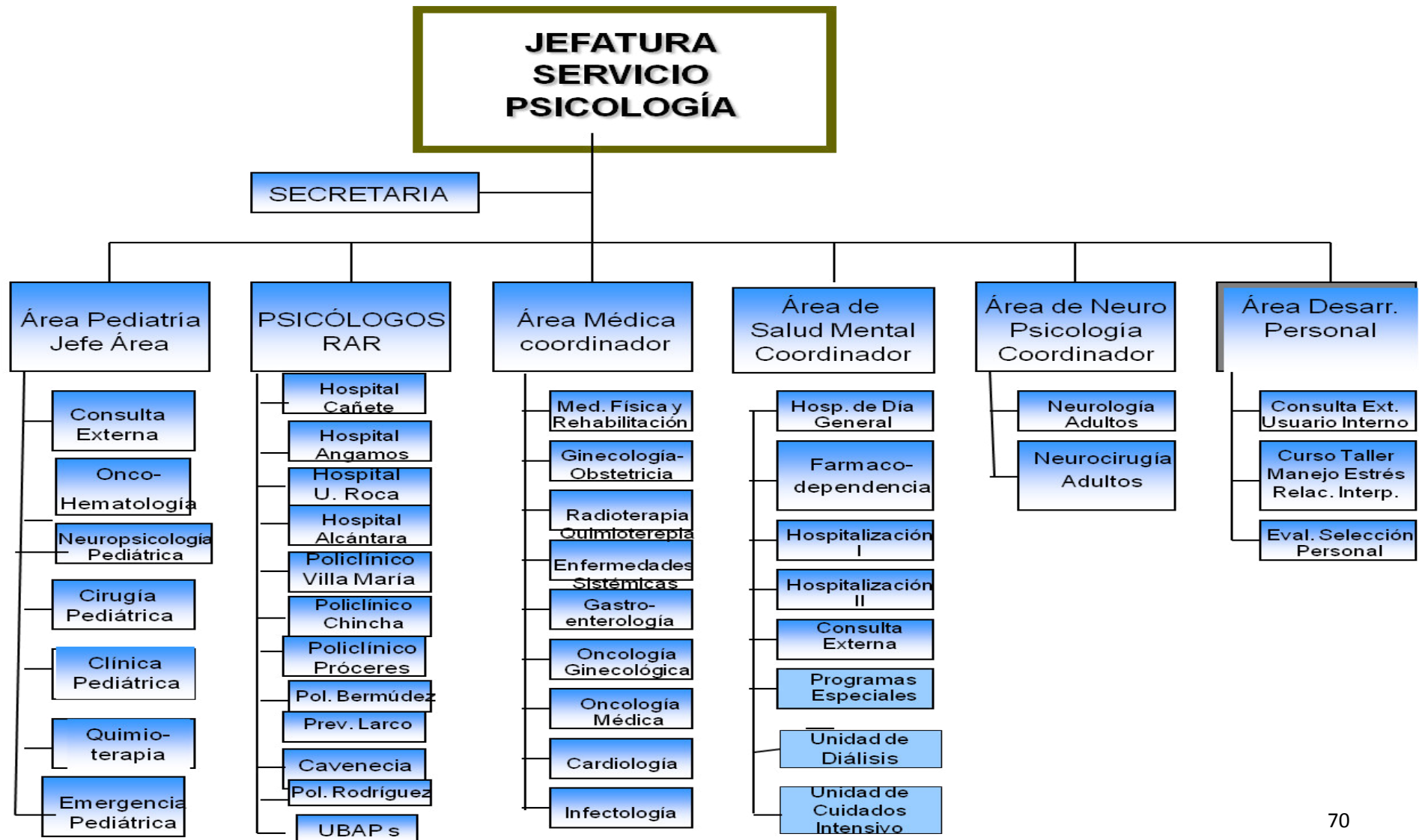
**Anexo B**

**DIAGRAMA RAR**



## Anexo C

### DIAGRAMA FUNCIONAL



## Anexo D

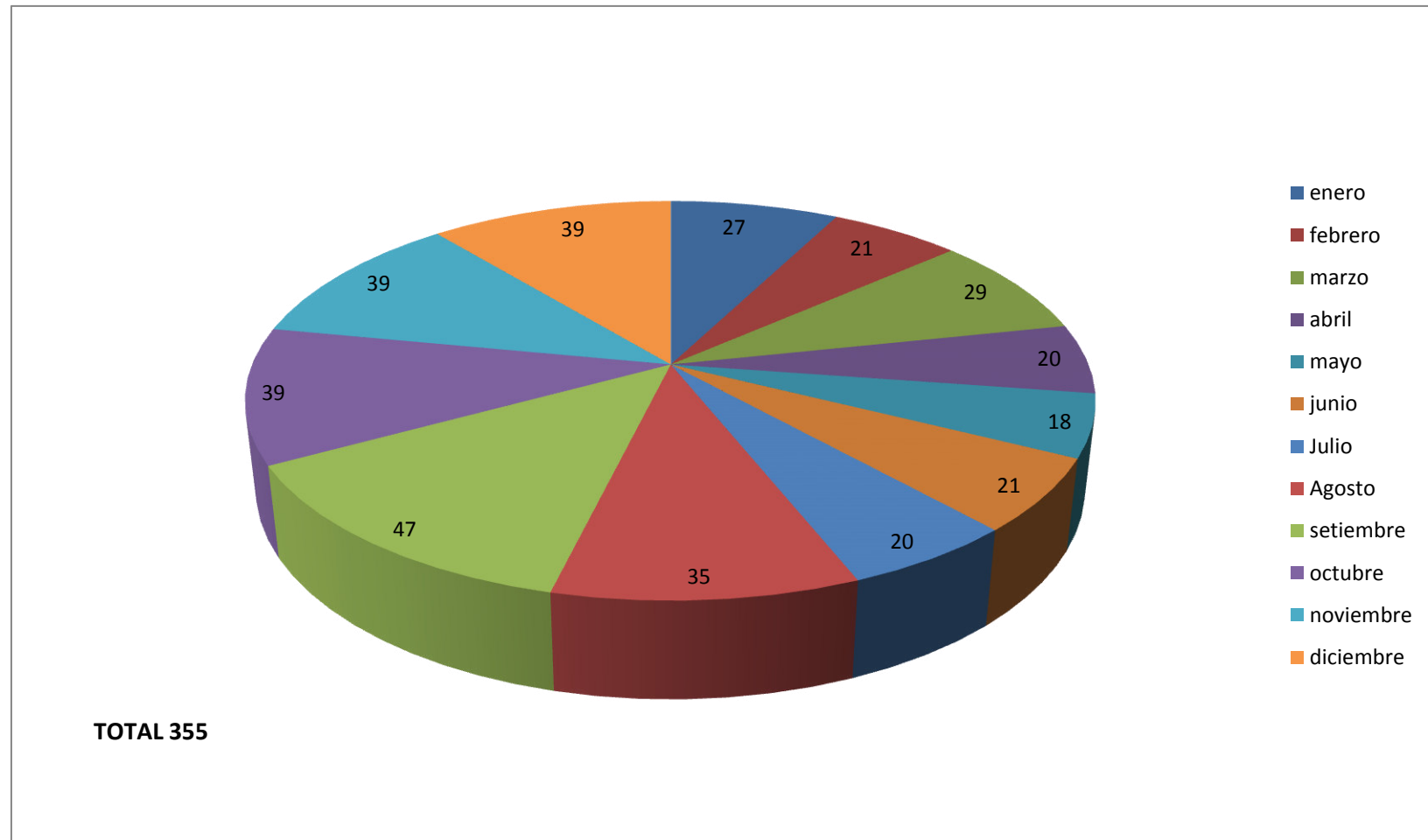


Gráfico 1 Pacientes atendidos en Hospitalización 2012

## Anexo E

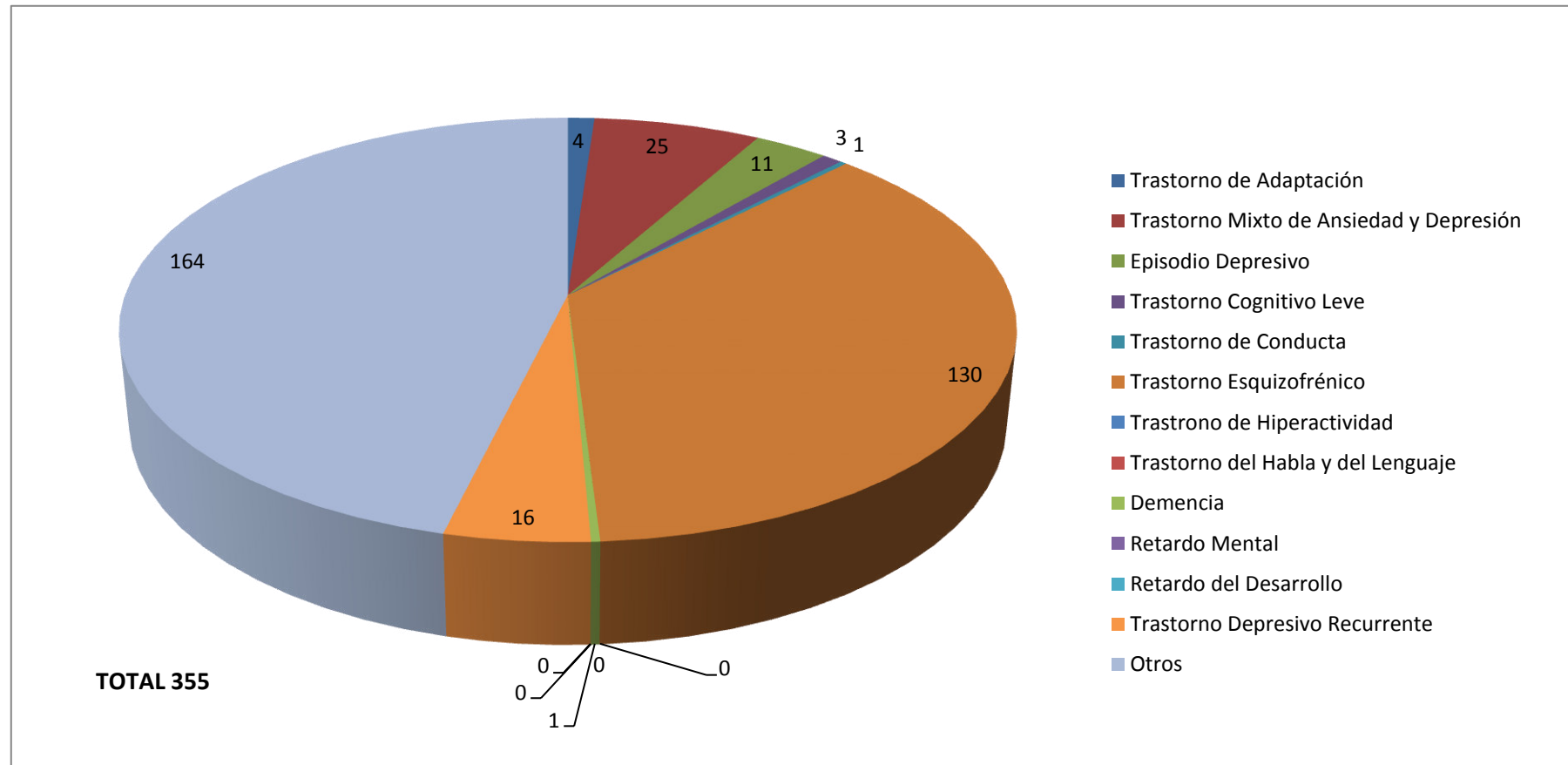


Gráfico 2 Pacientes de Hospitalización 2012 según diagnóstico



## Anexo F

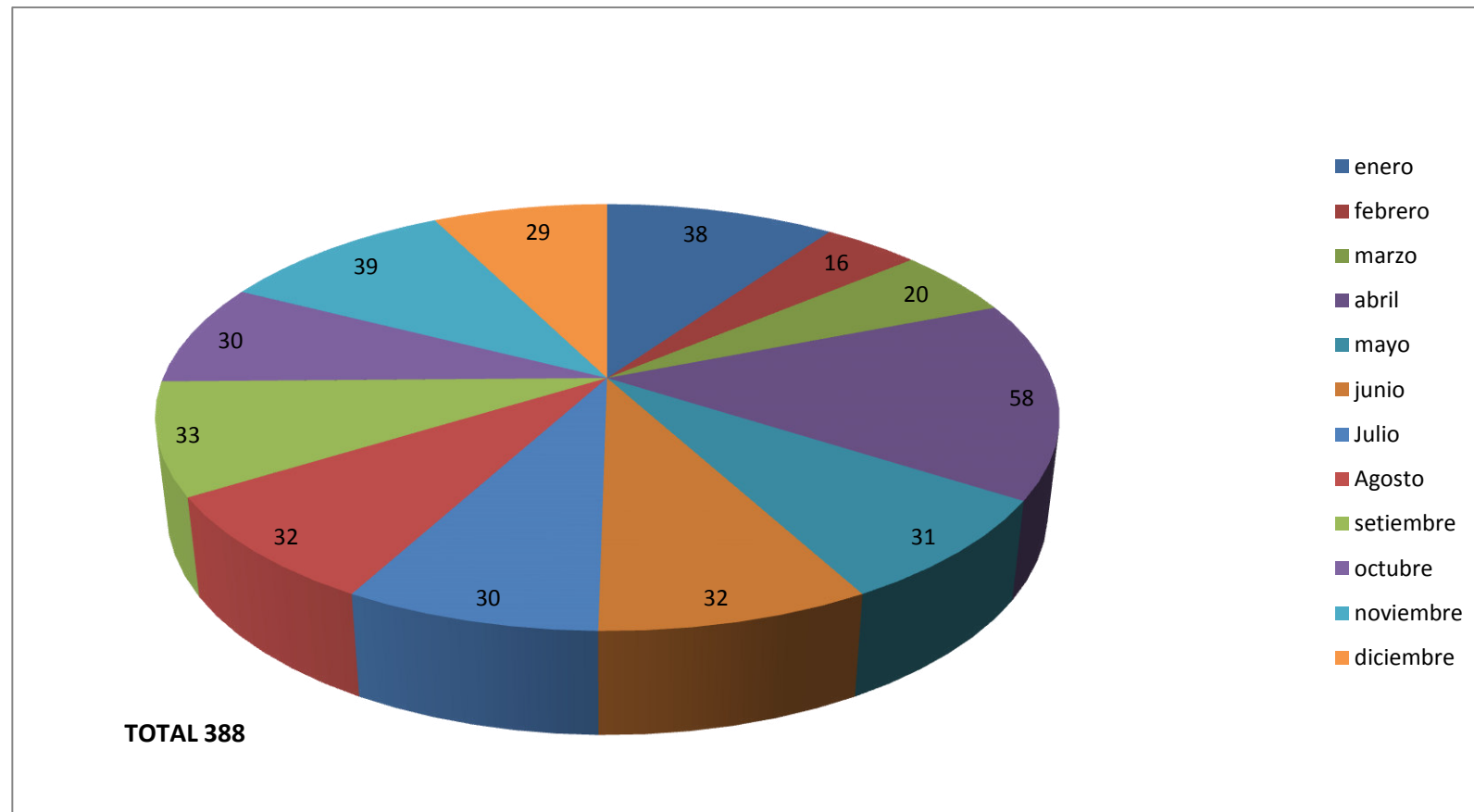


Gráfico 3 Pacientes atendidos en Hospitalización 2013

## Anexo G

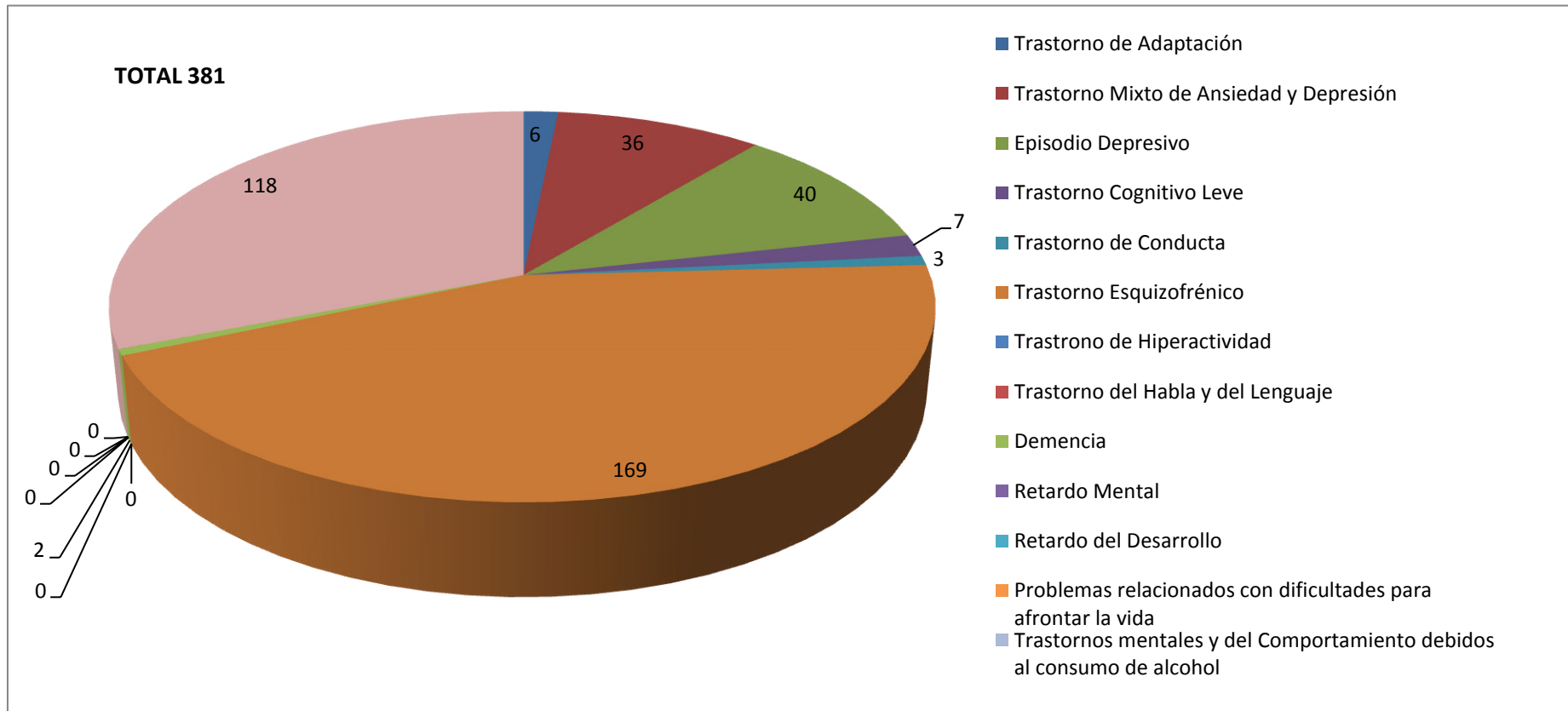
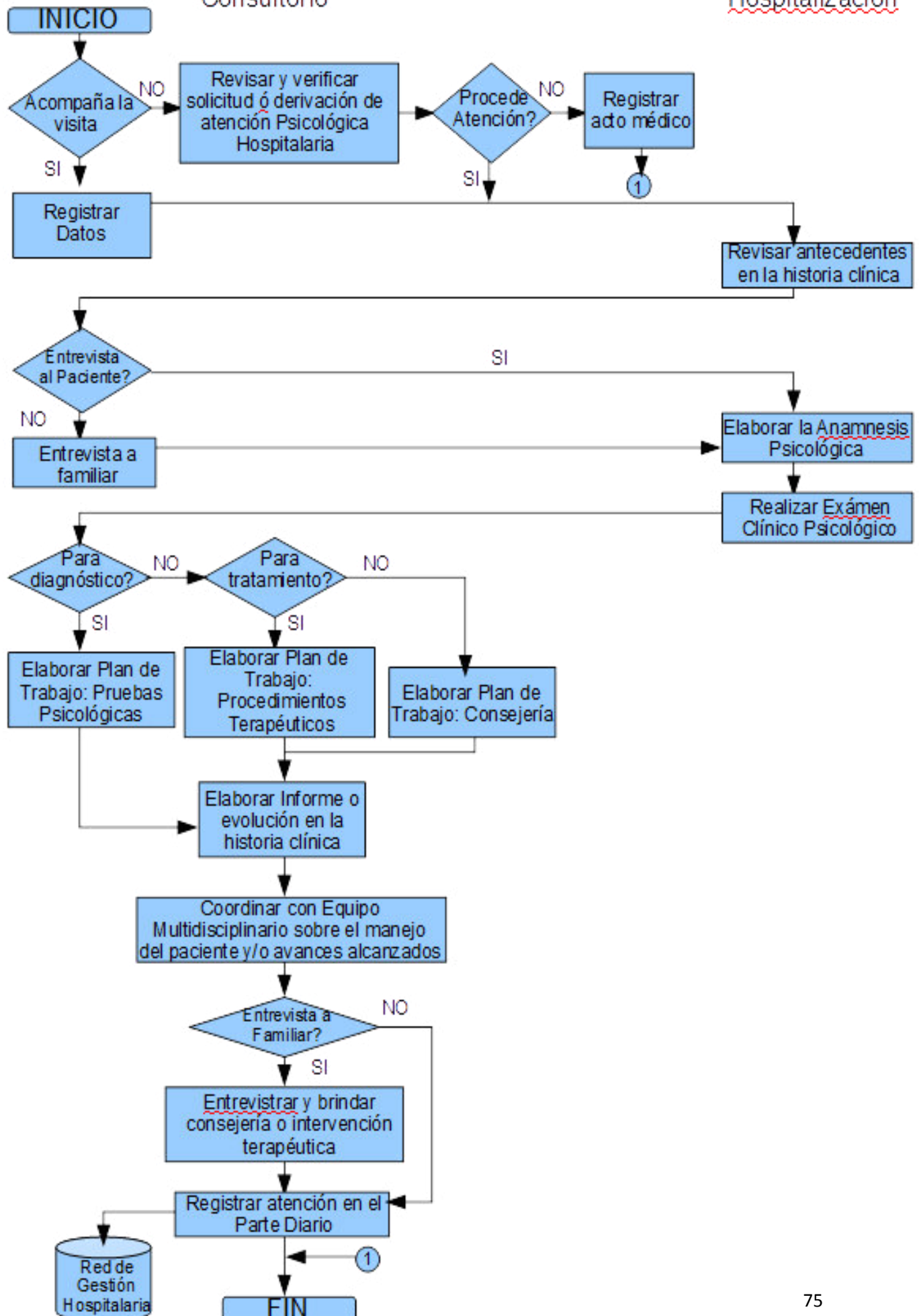
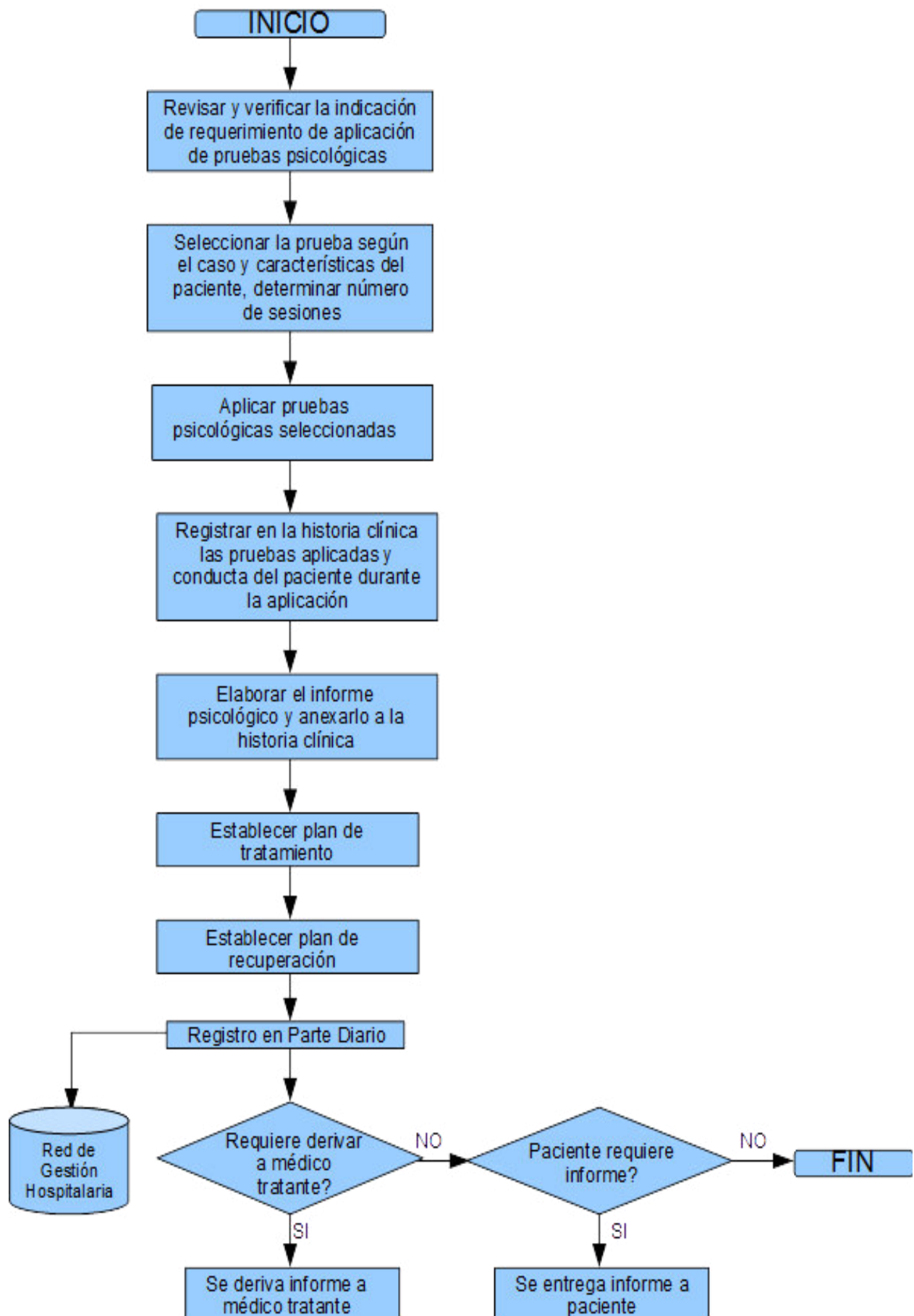


Gráfico 4 Pacientes de Hospitalización 2013 según diagnóstico



Consultorio



## Anexo J

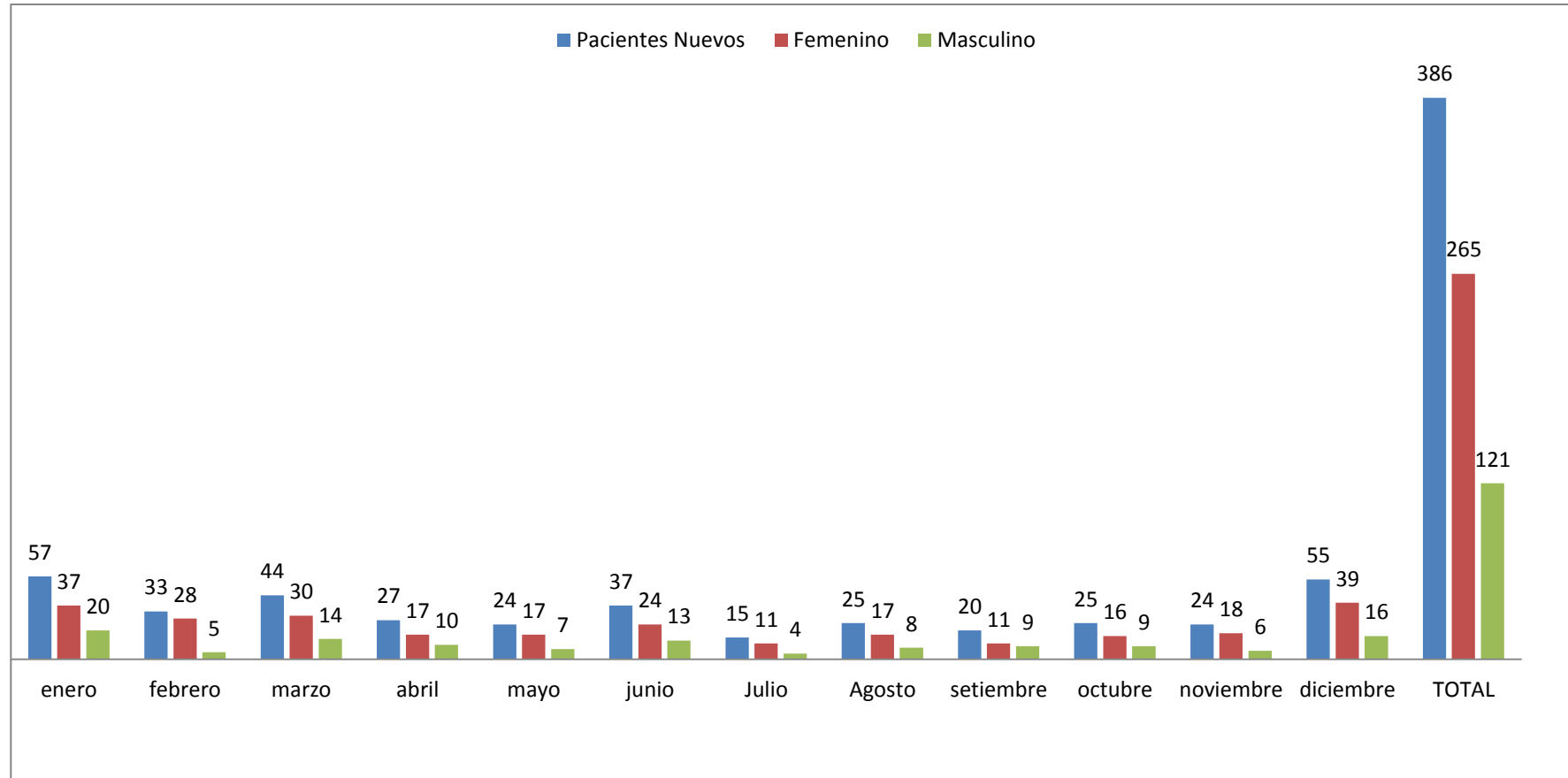


Gráfico 5 Pacientes Ambulatorios 2012 según sexo

## Anexo K

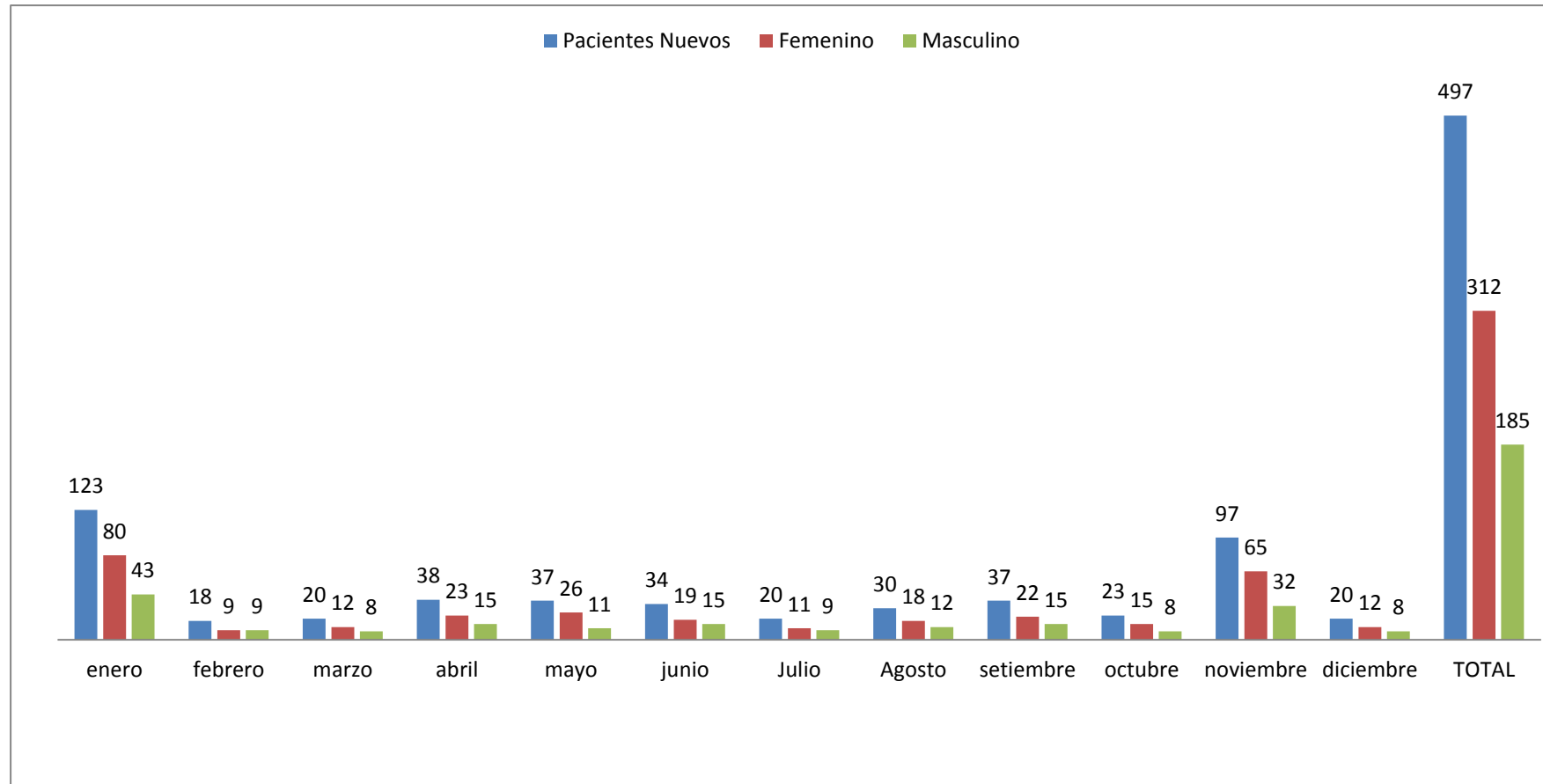


Gráfico 6 Pacientes Ambulatorios 2013 según sexo

## Anexo L

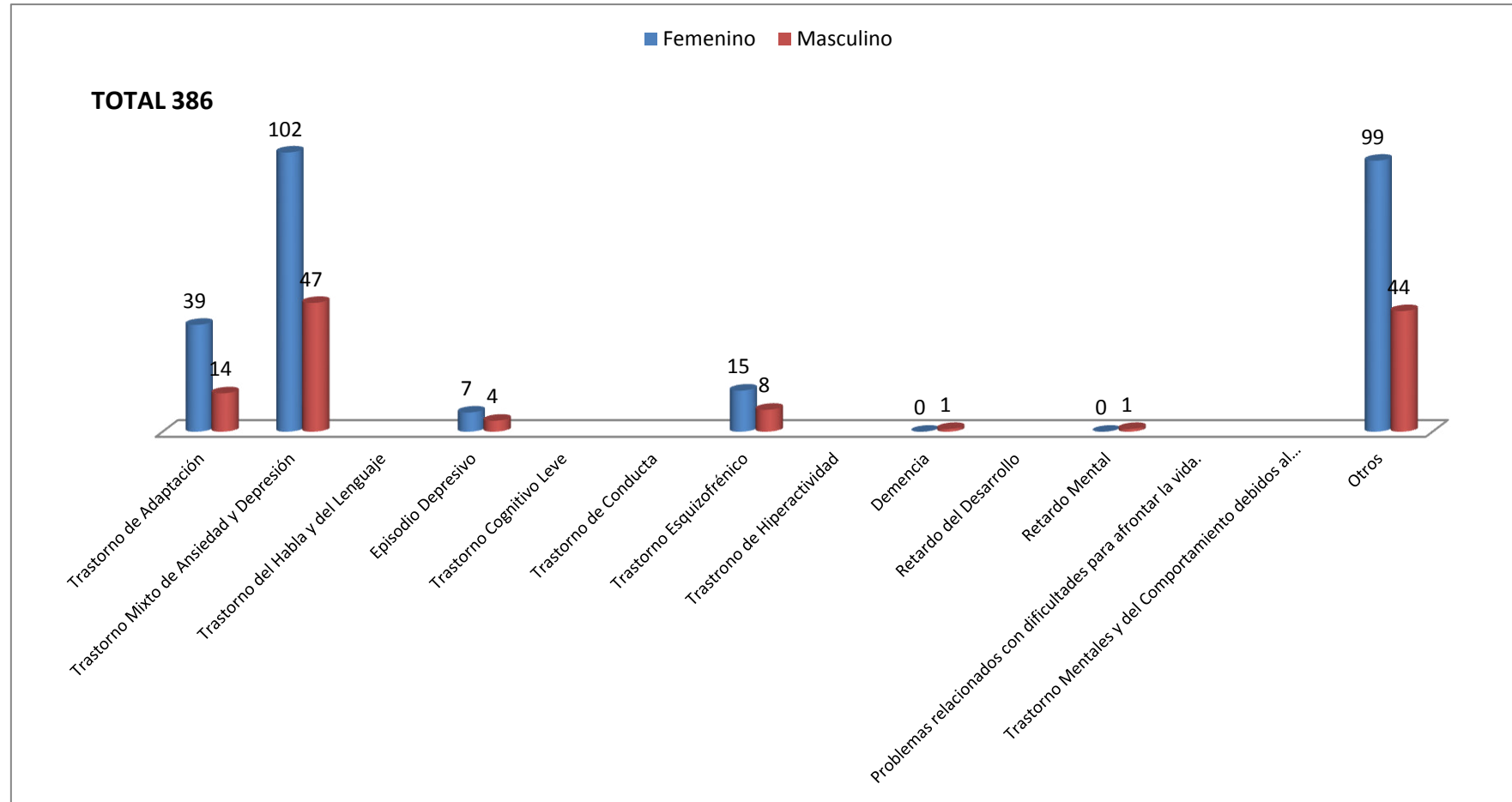


Gráfico 7 Pacientes Ambulatorios 2012 según diagnóstico y sexo

## Anexo M

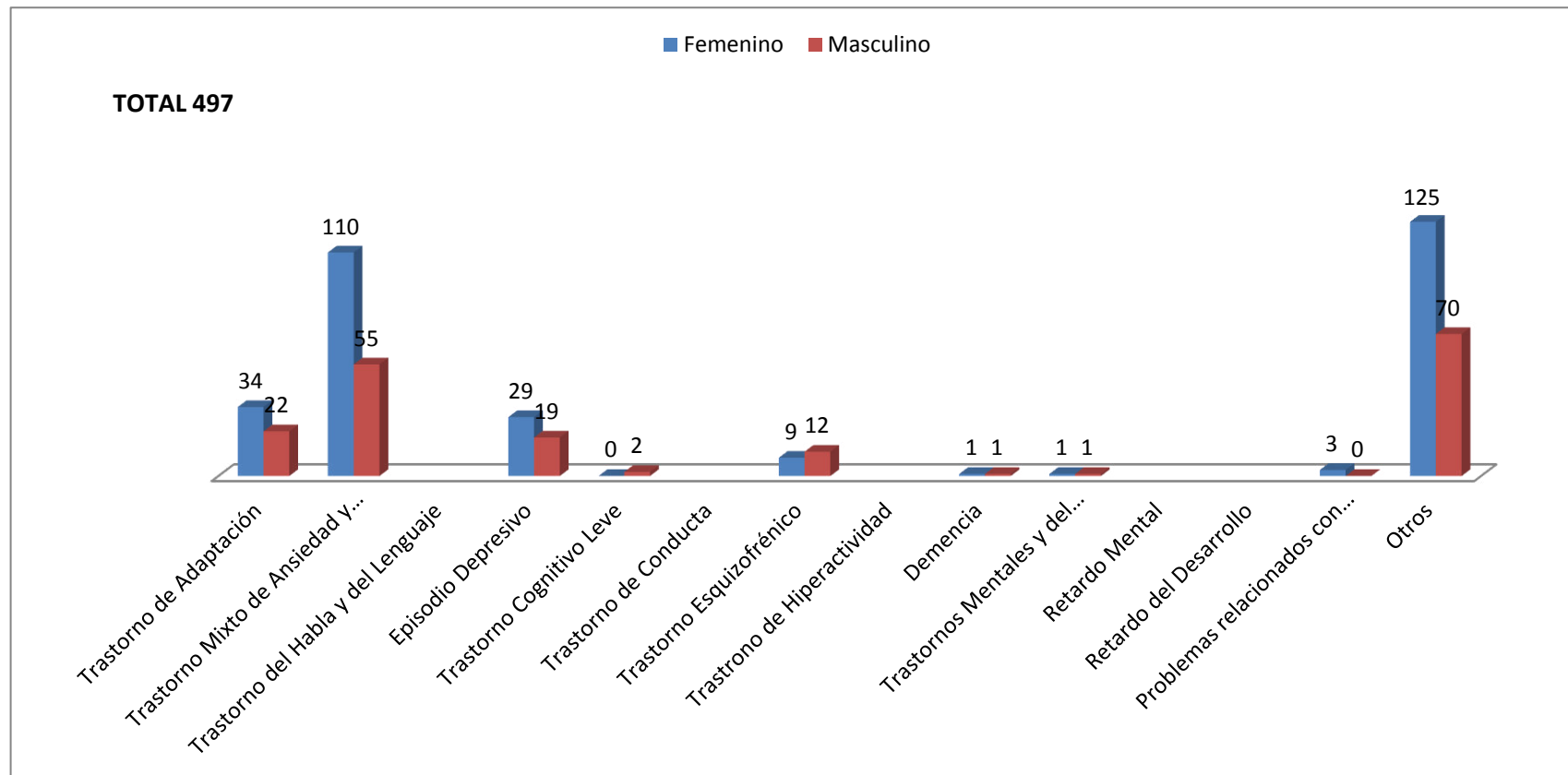
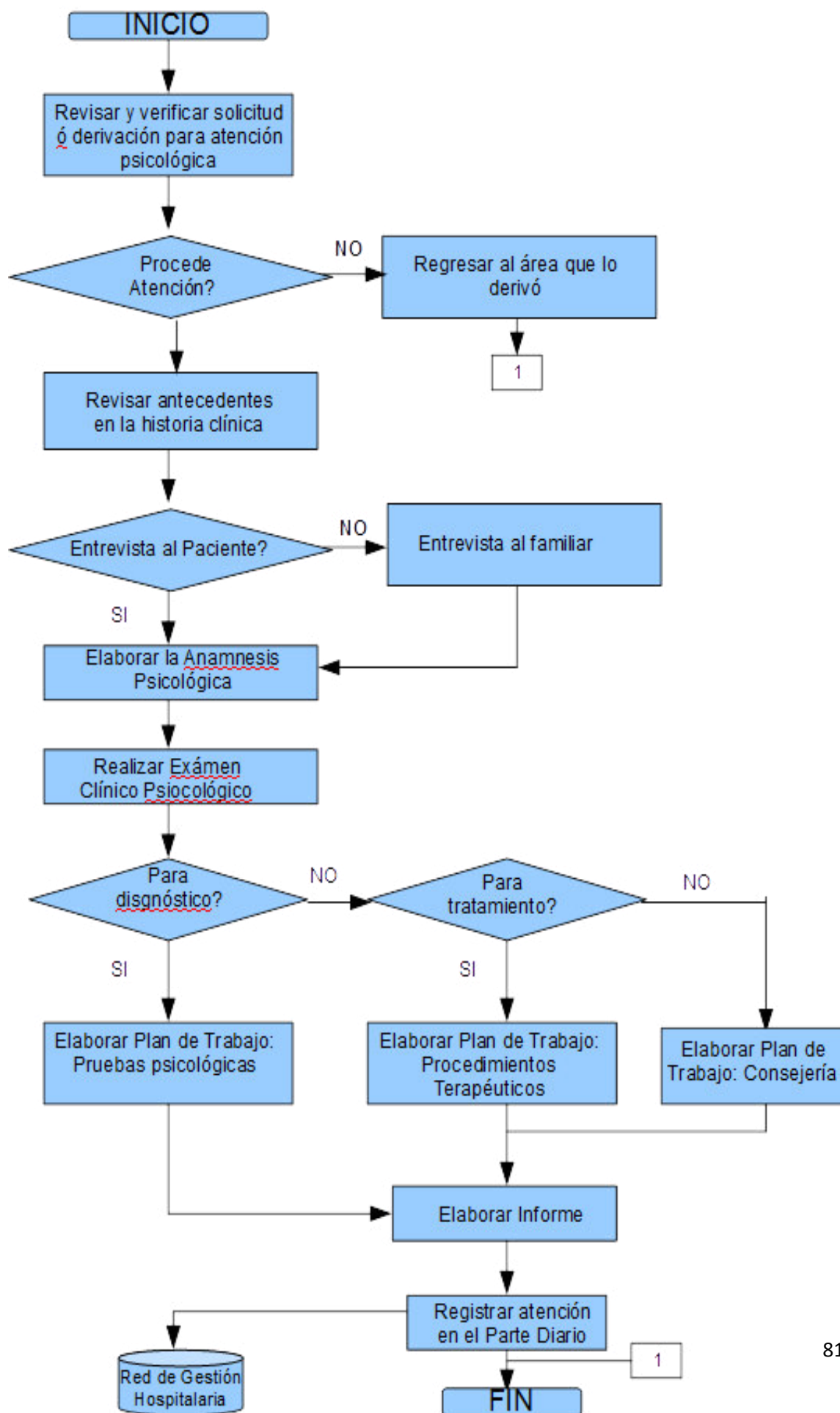
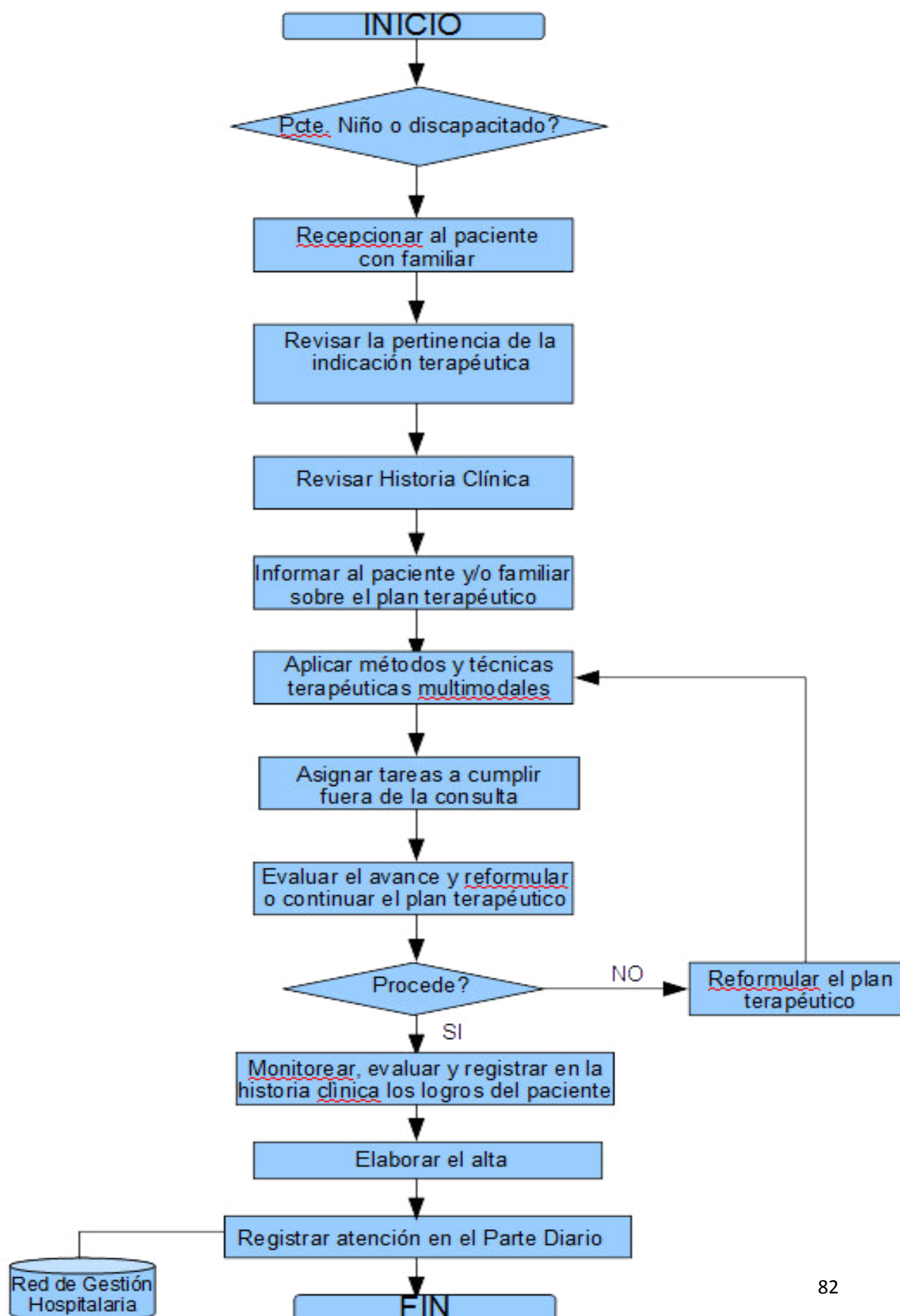


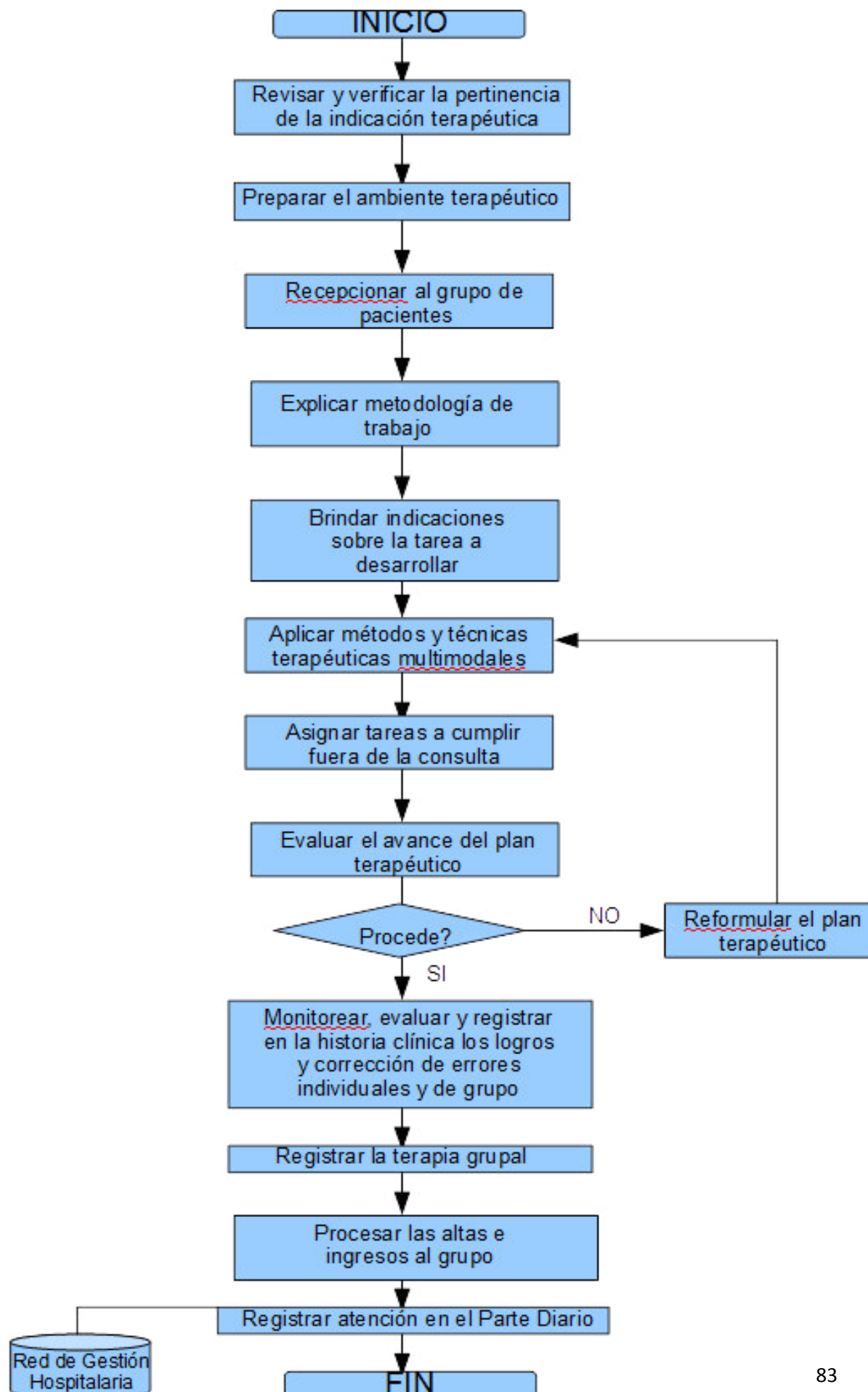
Gráfico 8 Pacientes Ambulatorios 2013 según diagnóstico y sexo





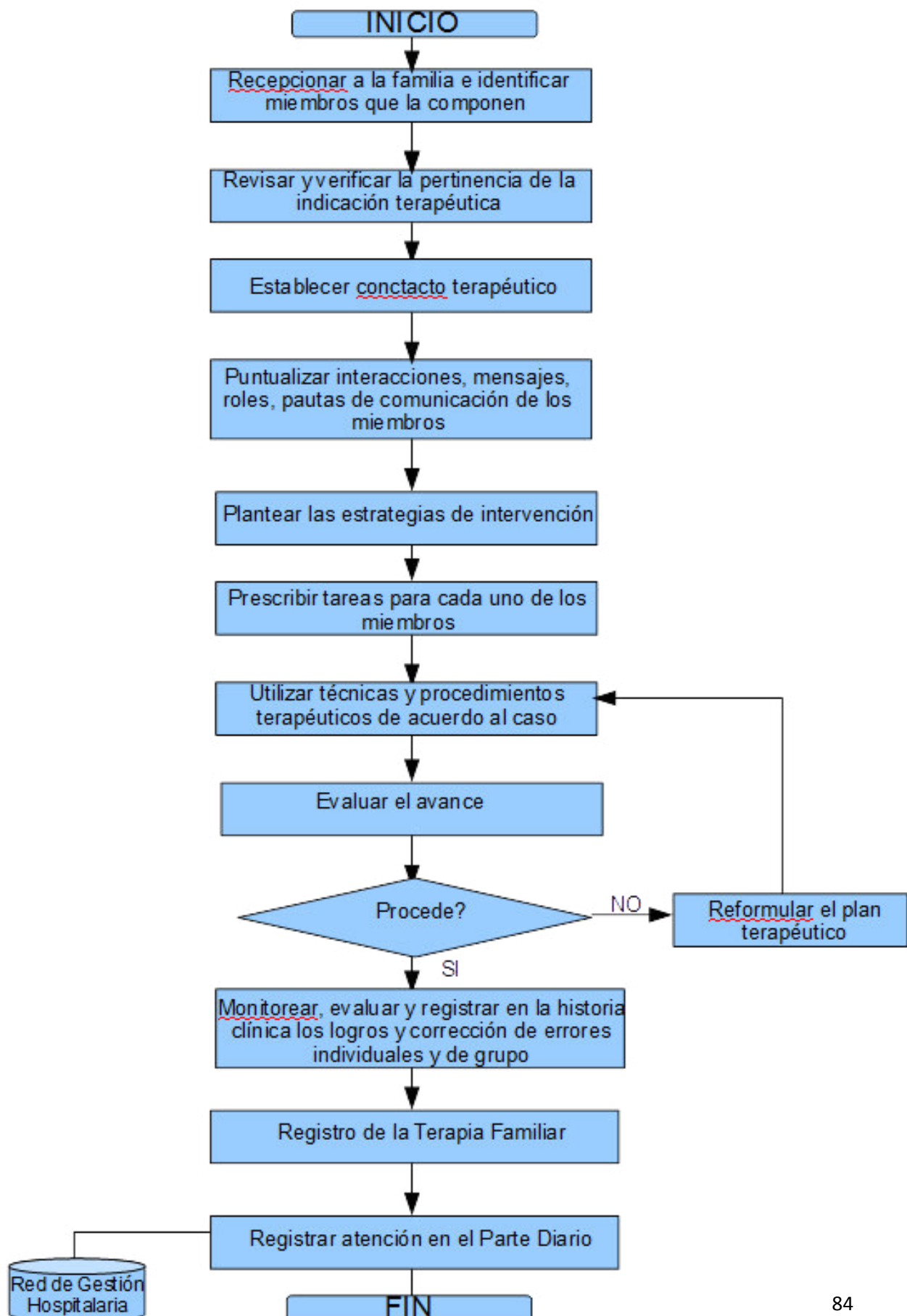
Consultorio



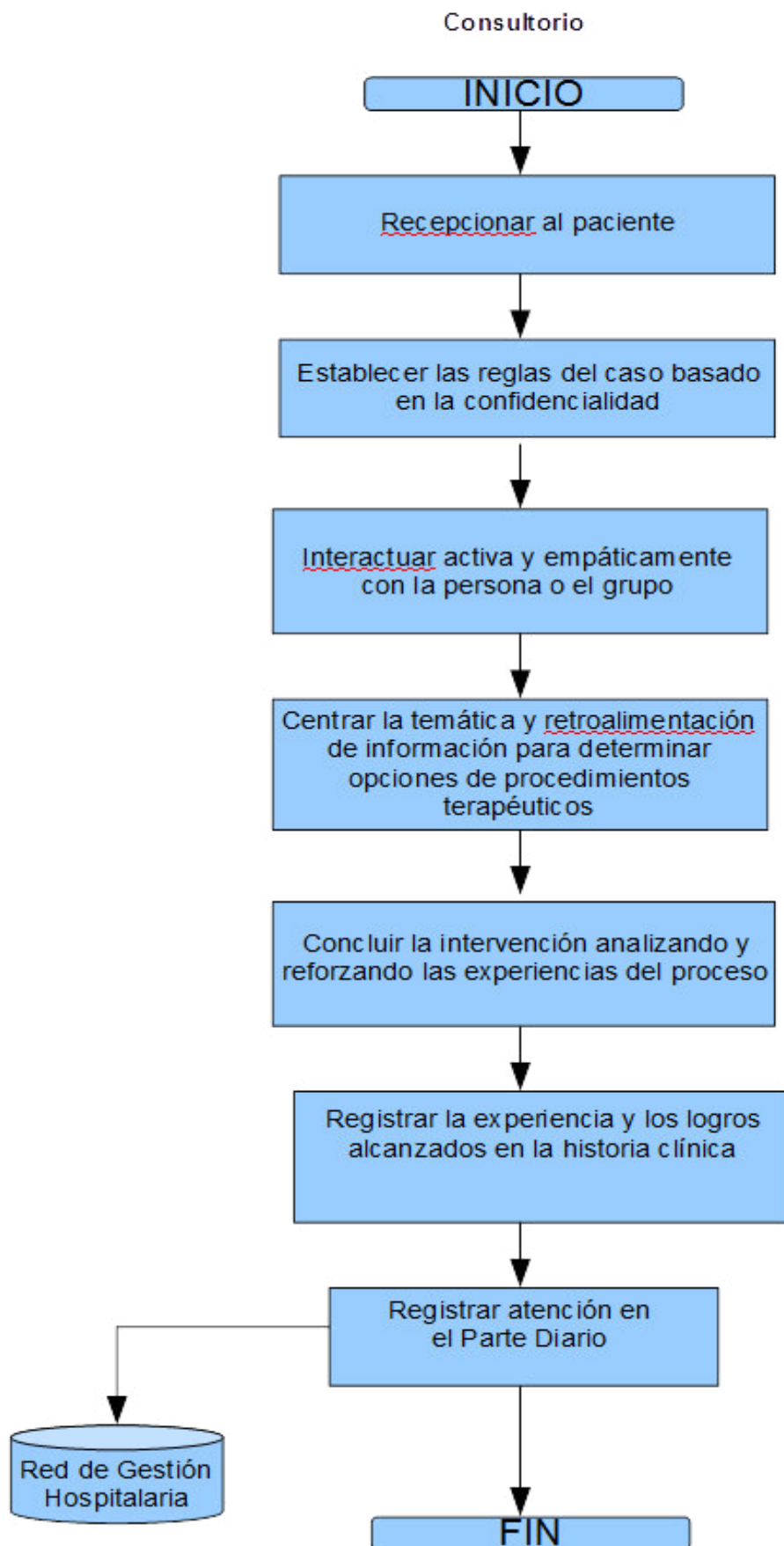


PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS  
FLUJOGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR

Consultorio

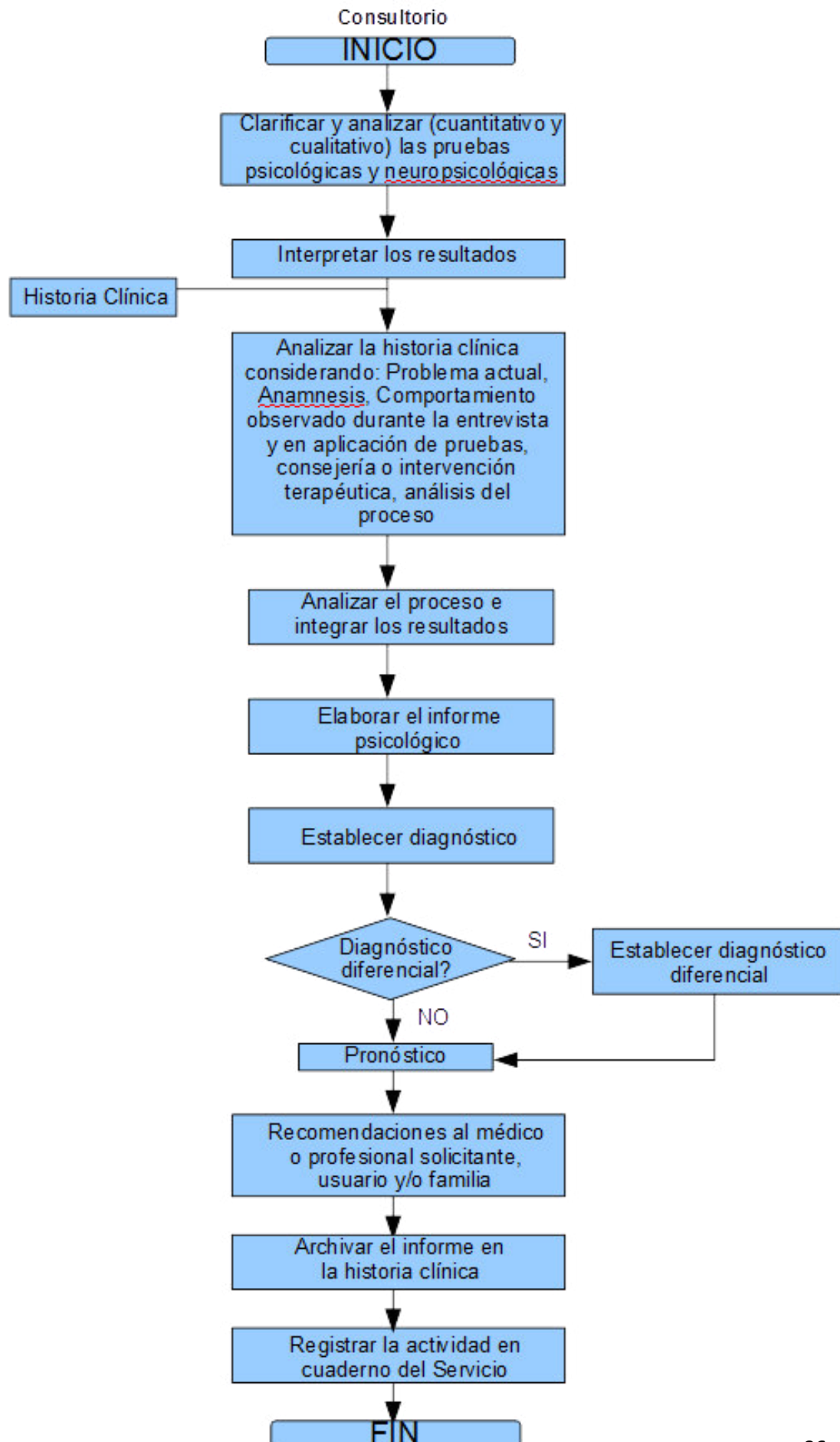


**Anexo Q**    PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES  
FLUJOGRAMA DE CONSEJERÍA





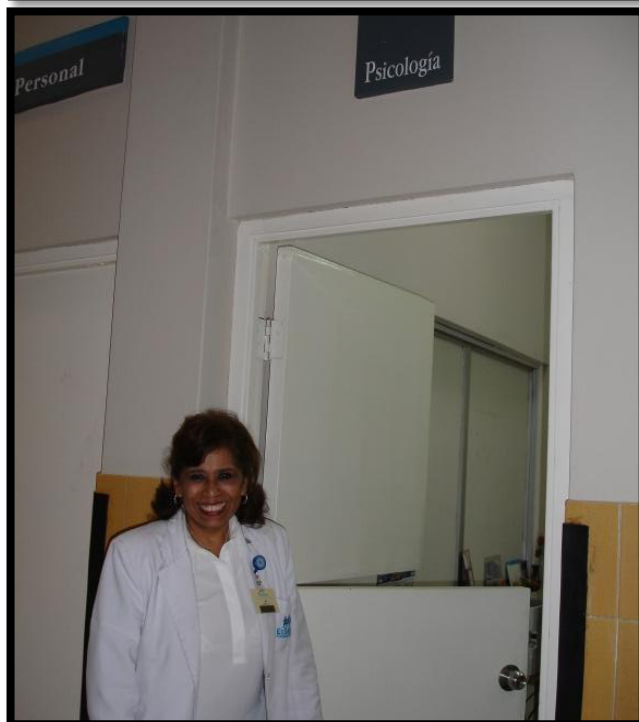
**Anexo R** PROCEDIMIENTOS DE ACTIVIDADES SANITARIAS EN PSICOLOGÍA  
FLUJOGRAMA DE INFORME PSICOLÓGICO

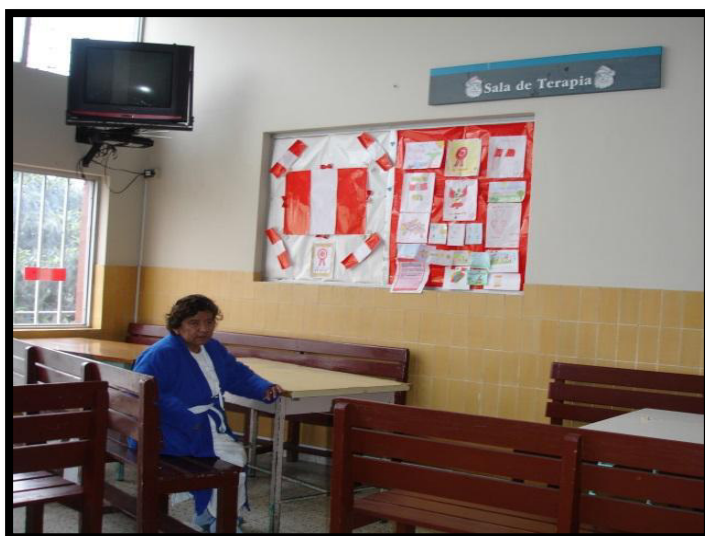


## ANEXO S

### GALERIA DE FOTOS

#### Ingreso al Servicio de Hospitalización I







## Sala de Evaluación



## Terapia Psicorelajación

### **Grupo Terapia Cognitivo Conductual**



### **Celebrando Día de la Amistad**

